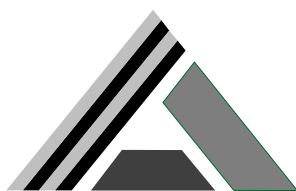


# **Ausschuss** für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

7. Bericht  
Mai 1999 - April 2000



**SACHSEN-ANHALT**

# **Ausschuss** für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung **Sachsen-Anhalt**

7. Bericht  
Mai 1999 - April 2000

Ausschuss für Angelegenheiten  
der psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt  
Geschäftsstelle  
c/o Landesamt für Versorgung und Soziales  
Sachsen-Anhalt

Neustädter Passage 15  
06122 Halle/Saale  
Tel. : (0345) - 69 12 305 / 307  
Fax : (0345) - 69 12 308

## 7. Bericht

### des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt

Berichtszeitraum: Mai 1999 - April 2000

#### Inhaltsverzeichnis

I.	Vorwort	1
II.	Tätigkeitsbericht	3
III.	Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung	
	1. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	10
	2. Anmerkungen zur geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung	13
	3. Maßregelvollzug und Forensische Psychiatrie	20
	4. Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes in Sachsen-Anhalt	23
	5. Acht Jahre Betreuungsrecht	25
	6. Sozialrechtliche Fragen der Eingliederungshilfe	27
	7. Enthospitalisierung - Stand, Trends, Probleme beim Aufbau der ambulanten, komplementären Versorgungsstrukturen in den Regionen	30
IV.	Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick	34

#### Anhang

1.	Berichte der regionalen Besuchskommissionen	
	Kommission 1: Landkreise Altmarkkreis Salzwedel, Stendal, Jerichower Land	53
	Kommission 2: Stadt Magdeburg, Landkreise Ohrekreis, Bördekreis, Schönebeck, Anhalt-Zerbst	59
	Kommission 3: Stadt Dessau, Landkreise Bernburg, Wittenberg, Köthen, Bitterfeld	66
	Kommission 4: Landkreise Halberstadt, Wernigerode, Quedlinburg, Aschersleben-Stassfurt	72
	Kommission 5: Stadt Halle, Landkreise Saalkreis, Mansfelder Land	79
	Kommission 6: Landkreise Sangerhausen, Merseburg-Querfurt, Burgenlandkreis, Weißenfels	87
2.	Erfahrungsbericht: „Wie ich persönlich den Ausbruch und Verlauf einer schizo-affektiven Psychose bei meiner Tochter erlebte“	93
3.	Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und der regionalen Besuchskommissionen	..97



## I. Vorwort

Zum siebenten Mal berichtet der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung dem Landtag, der Landesregierung und der Öffentlichkeit von Sachsen-Anhalt über seine Tätigkeit und über Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen; damit erfüllt er die gesetzliche Verpflichtung des § 29 Abs. 7 PsychKG LSA. *Neue Erkenntnisse* sind von einem Bericht, der jedes Jahr erscheint, nach sieben Jahren vermutlich nicht zu erwarten; vielmehr ist doch damit zu rechnen, dass die gleichen Themen wie in den vorangegangenen sechs Jahren behandelt werden, die gleichen Probleme, die gleichen Anregungen. Der Ausschuss mit seinen Vorstellungen von psychiatrischer Versorgung ist inzwischen berechenbar, der Inhalt des Berichts vorhersagbar geworden. Auch für den weiteren Umgang mit dem Bericht hat sich ein feststehendes Ritual herausgebildet. Ich möchte ein Beispiel anführen:

Zum Thema „Enthospitalisierung“ wird der Ausschuss wie in den vorangegangenen Jahren berichten, dass es in den so genannten vorläufigen Heimbereichen der ehemaligen Landeskrankenhäuser, insbesondere in Haldensleben und Uchtspringe, noch immer mehrere hundert Mitbürger gibt, deren Leben von Institutionalismus und Hospitalismus geprägt ist und deren Wohnstätte ein möglichst selbstbestimmtes Leben unter weitgehend normalen Lebensverhältnissen nicht zulässt. Dass dies nicht so sein muss, wird der Ausschuss wie in den Vorjahren ebenfalls belegen, etwa an dem enorm erfolgreichen Strukturwandel der Behindertenwohnstätte „Schloss Hoym“. Mit der gebetsmühlenhaften Wiederholung dieser Darstellung wird der Ausschuss niemanden überraschen und in Haldensleben und Uchtspringe auch keine Veränderungen anstoßen. Außer den Mitgliedern der beiden Besuchskommissionen, die für die vorläufigen Heimbereiche zuständig sind, scheinen die Verhältnisse dort niemanden zu stören. Nach den Erfahrungen der letzten sieben Jahre ist davon auszugehen, dass das wohlvertraute Thema der Enthospitalisierung die Mitglieder des Ausschusses, die Abgeordneten des Landtags und die Ministerin für Arbeit, Frauen, Soziales und Gesundheit noch solange beschäftigen wird, bis die Bewohner der vorläufigen Heimbereiche alt und pflegebedürftig geworden und schließlich gestorben sind. Bestimmte Psychotherapie-Schulen bezeichnen eine solche Konstellation als „Problemtrance“.

Vielleicht sollte der Ausschuss das Thema einfach fallenlassen. Aber wer macht dann aufmerksam auf die Benachteiligung von Menschen, deren Behinderung zu einem wesentlichen Teil auf ihrer langjährigen Anstaltsunterbringung beruht und die aufgrund dieser Behinderung auch künftig ausgegliedert bleiben, obwohl „Eingliederungshilfe“ für sie bezahlt wird? Offenbar genügt es nicht, das Problem zu benennen; der Ausschuss wird selbst Lösungen vorschlagen müssen. Und die richtigen Adressaten für Lösungsvorschläge sind offenbar nicht Landtag und Landesregierung, sondern die Träger der beiden Häuser und die juristischen Betreuer ihrer Bewohner. Den Trägern wird der Ausschuss vorschlagen, Schloss Hoym zu besuchen und sich davon zu überzeugen, dass die Schaffung gestufter dezentraler Wohnformen für langjährig hospitalisierte Menschen möglich und in jeder Hinsicht lohnend ist. Die für die Bewohner bestellten Betreuer wird der Ausschuss anregen, in jedem Einzelfall eine unabhängige Begutachtung des Hilfebedarfs und der angemessenen Hilfeform anzustreben. Die Heimaufsicht kann bei Einrichtungen, die den einschlägigen Verordnungen noch immer nicht entsprechen, mit dem Instrument der Betriebserlaubnis steuernd eingreifen, und das Land als Kostenträger kann finanzielle Anreize für eine Abstufung und Differenzierung der Betreuung schaffen. Uns ist deshalb inzwischen klar geworden, dass Enthospitalisierung nur dann durchgesetzt werden kann, wenn sie sich für alle Beteiligten gleichermaßen lohnt: Für die betroffenen Heimbewohner, für die Einrichtungsträger und für den Kostenträger.

Für die Zukunft hat der Ausschuss sich vorgenommen, sich nicht von den Problemen, die zu benennen sind, gefangen nehmen zu lassen, sondern mögliche Lösungen aufzuzeigen. Trotz des allseits anerkannten Vorrangs von ambulanten und teilstationären

Betreuungsformen wendet das Land Sachsen-Anhalt jährlich mehr als 500 Mio. DM für die stationäre Eingliederungshilfe von geistig und seelisch behinderten Menschen auf. Hier umzusteuern und die Hilfen auf den im Einzelfall festgestellten personenbezogenen Hilfebedarf zu beschränken, ist nicht nur aus fiskalischen Gründen geboten, sondern liegt auch im Interesse der betroffenen behinderten Mitbürger. Mit Genugtuung konnte der Ausschuss-Vorstand feststellen, dass hinsichtlich dieser Zielsetzung mit der Landesregierung Übereinstimmung besteht. Welchen Weg Sachsen-Anhalt dazu einschlagen wird und wie es gelingt, den weiteren Aufwuchs von Heimen für behinderte Menschen aufzuhalten und durch Formen der Betreuung in der Gemeinde zu ersetzen, wird den sozialpolitischen Diskurs der nächsten Monate sehr spannend machen; wir sind zuversichtlich, dass wir auch in künftigen Ausschussberichten nicht nur Bekanntes werden wiederholen müssen.

Die Schwerpunkte dieses 7. Berichts greifen Aspekte der psychiatrischen Versorgung auf, denen der Ausschuss im Berichtszeitraum 1999/2000 besonderes Augenmerk gewidmet hat. Erstmals wird auch der Versuch unternommen, empirische Daten zur Dichte der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung in den Regionen des Landes zu präsentieren. Der Ausschuss-Vorstand weiß, dass viele Menschen im Land sich im Rahmen ihrer beruflichen Aufgaben, in einem Ehrenamt oder in ihrem persönlichen Lebensbereich für psychisch Kranke einsetzen und für eine Verbesserung ihrer Versorgung engagieren. Ihnen allen gilt unser Dank. Besonders hervorheben möchte ich unter den ehrenamtlichen Mitgliedern des Ausschusses und der Besuchskommissionen diejenigen, die unermüdlich im Land unterwegs sind und auf deren Informationen dieser Bericht beruht. Einzuschließen in diesen Dank ist die Geschäftsführerin, Frau Dr. Fiss, bei der all diese Informationen zusammenfließen und die sich weit über ihre Dienstaufgaben hinaus engagiert, um das vom Ausschuss gesammelte Wissen jederzeit verfügbar zu halten.

Der Vorsitzende: Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker

**Redaktionskollegium:** An der Erarbeitung dieses Berichts sind mit eigenen Beiträgen aktiv beteiligt: Frau Dr. Christel Conrad (Magdeburg), Frau Dr. Ute Hausmann (Halle), Frau Brunhilde Liebrecht, MdL, (Halle) Frau Gerda Krause, MdL, (Gardelegen), Frau Dr. Christiane Keitel (Magdeburg), Herr Priv. Doz. Dr. Felix M. Böcker (Naumburg), Herr VPrLSG Erhard Grell (Halle), Herr Prof. Dr. Heinz Hennig (Halle), Herr Dr. Uwe Nehler, MdL, (Biederitz), Herr Dr. Rehbein (Quedlinburg), Herr Dr. Nikolaus Särchen (Wittenberg), Herr Prof. Dr. Helmuth F. Späte (Halle).

## II. Tätigkeitsbericht

Von Mai 1999 bis April 2000 haben die sechs Besuchskommissionen insgesamt 82 Besuche durchgeführt. Der gesetzlichen Verpflichtung, jährlich mindestens einmal die Krankenhäuser und Einrichtungen ihres Zuständigkeitsbereiches zu besuchen, konnten die Kommissionen auch in der Vergangenheit schon nicht nachkommen (im Durchschnitt hat jede Kommission 60 Einrichtungen zu besuchen). Im abgelaufenen Jahr musste die Zahl der Besuche außerplanmäßig vermindert werden, weil aufgrund von Defiziten aus Vorjahren die verfügbaren Haushaltsmittel für die Deckung der Reisekosten nicht ausreichten. Der Ausschuss-Vorstand ist dem Landtag und der Landesregierung dankbar dafür, dass im laufenden Haushaltsjahr die Anpassung der bereitgestellten Mittel an den tatsächlichen Bedarf vorgenommen wurde.

Besucht wurden sechs Kliniken, fünf sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste, elf Suchtberatungsstellen, vier Tagesstätten, drei betreute Wohnformen, 44 Heime, darunter vier Heime für Kinder und Jugendliche und fünf Altenpflegeheime, sechs Werkstätten für Behinderte und drei Einrichtungen der beruflichen Eingliederung.

### 1. Kontakte zum Landtag von Sachsen-Anhalt:

Seinen 6. Bericht konnte der Ausschuss am 16. Juli 1999 an den Präsidenten des Landtags von Sachsen-Anhalt übergeben und im Rahmen der Landespressekonferenz öffentlich vorstellen<sup>1</sup>. Im Anschluss hatte der Ausschuss-Vorstand Gelegenheit, mit dem Präsidenten und dem Vizepräsidenten des Landtags die anstehende Reform der Verwaltungsstrukturen im Lande zu erörtern, die zu einer Vereinfachung von Verwaltungsabläufen und mittelfristig auch zu einer Verringerung des Personalbestandes führen soll.

Wir haben deutlich zu machen versucht, dass die Verwaltungsstrukturen für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung im so genannten komplementären Bereich eine enorme Bedeutung haben. Ein wesentlicher Teil der außerklinischen Versorgung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten wird in Form der Eingliederungshilfe aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert. Die Sicherung des Lebensunterhaltes und ambulante Hilfeformen fallen in die Zuständigkeit der kommunalen Gebietskörperschaften als örtliche Sozialhilfeträger; die Kosten für stationäre Hilfeformen tragen die Ämter für Versorgung und Soziales als überörtliche Sozialhilfeträger. Immer wieder hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass diese Aufteilung zwischen örtlichem und überörtlichem Träger zu einem Vorrang der stationären vor den ambulanten Hilfeformen führt und die Entwicklung hin zu bedarfsgerechten personenbezogenen Hilfen verhindert. Wir sind überzeugt davon, dass in den Bereichen der Behindertenhilfe, der Suchtkrankenhilfe, der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe für chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte angemessene auf den Bedarf der Region bezogene Dienste und Einrichtungen nur dort entstehen werden, wo mit den erforderlichen Mitteln auch die Kompetenz zur Entscheidung über deren Verwendung weitgehend in die Zuständigkeit der regionalen Gebietskörperschaft gegeben wird. Wenn es gelingt, im Rahmen der anstehenden Verwaltungsreform die Zuständigkeit für die Verwendung der Mittel, die für Eingliederungshilfe aufgewendet werden, auf die kommunale Ebene zu verlagern, ergibt sich für das Land eine doppelte Kostenersparnis: Zum Einen durch die Vereinfachung der Verwaltungswege, zum Anderen aber durch die bessere Berücksichtigung des Prinzips „ambulant vor stationär“.

Die grundsätzliche Kritik an den Strukturen der Versorgung für Kranke und Behinderte in Sachsen-Anhalt wie anderswo lässt sich in zwei Thesen zusammenfassen: Die Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung und Pflege ist fragmentiert (im Hinblick auf Zielgruppen, Einrichtungen, Einrichtungsträger und Kostenträger) und institutionszentriert

---

<sup>1</sup> Erstmals ist auch in einer psychiatrischen Fachzeitschrift eine Notiz über den Bericht erschienen: Spektrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 28:6 (1999) 173.

(Leitbild der gemeindefernen stationären Anstalt). Eine Arbeitsgruppe, die im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit Vorschläge zur „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ analog zur Psychiatrie-Personalverordnung erarbeiten sollte, hat Wege aufgezeigt, wie das fragmentierte institutionszentrierte Hilfesystem durch Orientierung am individuellen personenbezogenen Hilfebedarf umgestaltet werden kann zu einem System regionaler lebensfeldbezogener Dienstleistungsprogramme. Wir sehen in diesem Konzept ein brauchbares Leitbild. Soweit die Sozialhilfe als nachrangiger Kostenträger zuständig ist, bietet die anstehende Verwaltungsreform nach unserer Auffassung eine Chance, die so bald nicht wiederkehren wird, Voraussetzungen zu schaffen für eine bessere und gleichzeitig preiswertere Eingliederung behinderter Hilfeempfänger.

Die sechs Landtagsabgeordneten, die als „Personen des öffentlichen Lebens“ im Ausschuss vertreten sind, gehören ausnahmslos dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags von Sachsen-Anhalt an. Auf diese Weise sind die im Psychiatrie-Ausschuss erörterten Themen und Probleme immer auch im politischen Raum bekannt. Die Wertschätzung der Abgeordneten für Hinweise und Anregungen aus dem Psychiatrie-Ausschuss lesen wir aber auch daran ab, dass wir gezielt um Stellungnahmen gebeten werden, etwa zur „Privatisierung“ des Maßregelvollzugs (gemeinsame Sitzung mit dem Rechtsausschuss am 27.05.1999) oder zu den Entwürfen eines Behindertengleichstellungsgesetzes (Anhörung am 08.06.2000). Über unseren 6. Bericht einschließlich unserer Hinweise zur Bedeutung der Verwaltungsreform und über die Stellungnahme der Landesregierung zum Bericht, die durch den Staatssekretär Herrn Prof. Schimanke vertreten wurde, hat der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags am 09.12.1999 sehr ausführlich beraten.

## **2. Kontakte zum Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales:**

Nach der Übergabe des 6. Berichts an das Ministerium, ebenfalls am 16. Juli 1999, konnten die Mitglieder des Ausschusses die Ministerin, Frau Dr. Kuppe, und ihre Mitarbeiter am 21.10.1999 zu einer gemeinsamen Beratung im Gebäude des Landtags begrüßen, um die im Bericht angesprochenen Themen zu erörtern. Der gute Brauch eines regelmäßigen und unmittelbaren Austauschs von Informationen und Überlegungen wurde damit in erfreulicher Kontinuität fortgesetzt. Im Anschluss an die Beratung hatte der Ausschuss-Vorstand Gelegenheit, in kleiner Runde dem Leiter der Abteilung Gesundheit, Herrn Ministerialdirigent Reckers, und dem Vorsitzenden des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags, Herrn Dr. Nehler, zu begründen, warum trotz sparsamer Bewirtschaftung die bereitgestellten Haushaltsmittel in der Vergangenheit nicht ausgereicht haben für die Entschädigung der Teilnahme an Besuchen und Sitzungen, die nach dem Gesetz zur Entschädigung ehrenamtlicher Richter erfolgt. Wir wissen zu würdigen, dass der Landtag trotz des bekannten Zwangs zu Einsparungen dem Vorschlag der Landesregierung gefolgt ist und in den Haushaltsplan des Jahres 2000 einen bedarfsgerecht höheren Betrag eingestellt hat.

Zu der speziellen Frage, inwieweit der in § 1 PsychKG LSA beschriebene Personenkreis und der Auftrag des Ausschusses auch psychisch kranke, geistig behinderte und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche – und damit Einrichtungen der Jugendhilfe nach § 35a KJHG – umfasst, fand am 13.09.1999 eine Beratung statt mit der damaligen Leiterin des Referates 26, Frau Prof. Nitzschmann, und dem Leiter des Referates 54 „Erziehung“ der Abteilung 5 „Jugend, Familie, Sport“, Herrn Thiel. Abweichend von dessen Auffassung ist der Ausschuss-Vorstand bei seiner Meinung geblieben, dass der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber den Psychiatrie-Ausschuss ermächtigt und verpflichtet hat, sich auch über die Lebensumstände der betreuten und behandelten Kinder und Jugendlichen zu unterrichten (§ 2 Abs. 2 der Verordnung über den Ausschuss vom 29.01.1993) und dass auf Informationsbesuche in Einrichtungen der Jugendhilfe deshalb nicht verzichtet werden kann. Auf seiner Sitzung am 18.10.1999 hat der Ausschuss einstimmig formell beschlossen, dass



die Besuchskommissionen in ausgewählten Einrichtungen der Jugendhilfe und in ausgewählten Altenpflegeheimen Informationen über die Situation und die Versorgung der dort betreuten Hilfeempfänger sammeln.

Zur Unterstützung der Landesregierung bei der Umsetzung des Gesundheitsziels „Reduzierung des Verbrauchs und der Auswirkungen des Konsums legaler Suchtmittel“ haben Ausschussmitglieder zu einer Anfrage des Suchtreferenten Dr. Spieldenner Stellungnahmen erarbeitet. Beispielhaft sind nachfolgend Überlegungen des Vorsitzenden auszugsweise wiedergegeben:

Zu den vielfältigen Ursachen des hohen Konsums legaler Suchtmittel zählt deren allgegenwärtige Verfügbarkeit. Prohibitive Maßnahmen scheinen heute kaum durchsetzbar; sie stehen im Widerspruch zum normativ-ethisch legitimierten Liberalismus, der dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Bürgers den höchsten Rang einräumt, und zum Rückzug des Staates aus dem Privatleben der Bürger. Soziologische und sozialpsychologische Befunde, die mögliche Grenzen der Selbstverantwortung erkennen lassen, werden dabei gern missachtet. Wenn der Konsum der „legalen“ Suchtmittel eingedämmt werden soll, muss – gegen den Zeitgeist – auch darüber nachgedacht werden, wie die Omnipräsenz dieser Suchtmittel zurückgedrängt werden kann. Diskussionswürdig erscheinen zahlreiche „prohibitive“ Maßnahmen, wenn sie gebündelt werden: Obligate Einrichtung von Nichtraucher-Zonen in Gaststätten; Verbot der Werbung für Tabakwaren; Verteuerung alkoholischer Getränke (nach dänischem Vorbild), erschwerter Zugang (nach schwedischem Vorbild), deutliche Preisstufe zwischen gleichen Volumina nichtalkoholischer und alkoholischer Getränke in Gaststätten und im Einzelhandel; Einschränkung der Alkoholwerbung: z.B. Verbot von Plakat-, Fernseh- und Kinowerbung; Unterbindung von aufdringlichen Verkaufspraktiken (Schnapsfläschchen, die dem Kunden an der Supermarkt-Kasse fast von selbst in den Einkaufswagen fallen ...).

Eine weitere Ursache für den hohen Konsum legaler Suchtmittel in Sachsen-Anhalt sehen wir in der hohen Zahl der von diesen Suchtmitteln abhängigen Menschen. Es gibt eben nicht nur viele Mitbürger, die legale Suchtmittel gebrauchen oder missbrauchen, sondern sehr viele Menschen, bei denen sich eine Abhängigkeit entwickelt hat. Die Volksmeinung, wie sie sich in Leserbriefen artikuliert, sieht in der Sucht meist einseitig ein moralisches Versagen, das in die Verantwortung des Einzelnen fällt und die Solidarität der Gemeinschaft nicht verdient. Im System der Gesundheitsversorgung gibt es kaum eine Patienten-Gruppe, denen das Recht auf Behandlung so nachhaltig bestritten wird wie den Suchtkranken. Die Defizite des Hilfesystems für Suchtkranke sind bekannt und vom Ausschuss vielfach benannt worden. Um die Zahl der „aktiven“ Abhängigen zu vermindern und die Zahl der abstinent lebenden Abhängigen zu erhöhen, muss der Zugang zur Behandlung erleichtert werden (Nikotin: flächendeckende Einführung und aktive Werbung für Raucher-Entwöhnungsprogramme; Alkohol: suchtmittelmedizinische Kompetenz der Hausärzte, aufsuchende Hilfen, Personalausstattung der Beratungsstellen, effektive klinische Entzugs- und Motivationsbehandlung nach anerkannten Standards; Überwindung der Fragmentierung des Hilfesystems).

Letztlich wird eine dauerhafte Verminderung des Suchtmittel-Konsums nur gelingen, wenn es gelingt, Einstellungen zu modifizieren. Das Leitbild der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von Menschen mit einem stabilen Selbst, die Suchtmittel nicht nötig haben, halten wir für überzeugend. Das bedeutet aber, dass Prävention von Suchtmittelkonsum darin besteht, die Entwicklungsbedingungen für junge Menschen zu verbessern, dem platten Hedonismus unserer Zeit entgegenzuwirken, Sinn zu stiften, Individualität und Gemeinsinn zu fördern. Diese Aufgabe können einige „Präventionsfachkräfte“, Suchtberater oder Psychiater allein nicht lösen.

Mit personellen Veränderungen innerhalb des Ministeriums haben auch für den Ausschuss-Vorstand wichtige Ansprechpartner gewechselt. Dr. Dr. Reinhard Nehring, der die Leitung der für die komplementäre Versorgung so eminent wichtigen Abteilung 3 übernommen hat, ist mit psychiatrischen Problemen wohlvertraut, was den Ausschuss-Vorstand auf seine Unterstützung bei der Ausgestaltung des § 93 BSHG und der schrittweisen Umsetzung personenbezogener Hilfen hoffen lässt. Frau Prof. Nitzschmann ist innerhalb des Ministeriums eine andere Aufgabe zugewiesen worden; als Ausschuss-vorsitzender habe ich ihr im Januar für die vertrauensvolle Zusammenarbeit, den offenen Gedankenaustausch und

die Unterstützung der Arbeit des Ausschusses in den zurückliegenden Jahren gedankt. Die neue Psychiatrie-Referentin, Frau Dr. Heidemarie Willer, hat erstmals am 23. März 2000 an einer Sitzung des Ausschusses teilgenommen und am 18. Mai die Geschäftsstelle des Ausschusses in Halle besucht; eine grundsätzliche Übereinstimmung in manchen fachlichen Fragen zeichnet sich ab und eine konstruktive Zusammenarbeit ist bereits angebahnt. Mit Bedauern hat der Ausschuss-Vorstand zur Kenntnis genommen, dass der Suchtreferent, Herr Dr. Spieldenner, sich einer anderen Aufgabe zugewandt hat; wir hoffen, dass die vakante Stelle bald wieder besetzt werden kann. Für den Maßregelvollzug ist in der Abteilung 2 ein eigenes Referat eingerichtet worden.

Leider muss an dieser Stelle auch eine aus unserer Sicht verhängnisvolle Fehlentscheidung der Landesregierung kritisch kommentiert werden. Erst im Frühjahr 2000 wurde dem Vorstand bekannt, dass die Landesregierung für die Förderung des ambulant betreuten Wohnens (nach der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Wohngemeinschaften behinderter Menschen vom 01.09.1997) im laufenden Haushalt keine Mittel mehr bereitgestellt hat. Die Ministerin hat dies dem Ausschuss auf Anfrage bestätigt: Der Sparzwang lasse freiwillige Leistungen des Landes derzeit nicht zu.

Für Kommunen, die bisher kein ambulant betreutes Wohnen eingerichtet haben, hat diese Haushaltsentscheidung keine unmittelbaren Konsequenzen. Solche Kommunen, die im Vertrauen auf die Unterstützung durch das Land Wohngemeinschaften behinderter Menschen eingerichtet (und damit den Bedarf an Wohnheimplätzen vermindert) haben, werden nur teilweise in der Lage sein, diese aus eigener Kraft fortzuführen. Anstelle der angestrebten Umschichtung von Mitteln aus dem Heimbereich in ambulante Betreuungsformen wird die weitere Expansion der Wohnheime begünstigt, obwohl die Entscheidung, einen behinderten Menschen in einem Heim aufzunehmen, dem Land als Kostenträger in der Regel Folgekosten für viele Jahre aufbürdet.

### **3. Kontakte zum Landesamt für Versorgung und Soziales:**

Am 27.09.1999 hatte der Vorstand Gelegenheit, mit dem Leiter des Landessozialamtes, Herrn Gramatke, sozialrechtliche Fragen der Versorgung von chronisch mehrfachgeschädigten Suchtkranken zu erörtern. Am 15.11.1999 hat eine Arbeitsberatung mit dem Präsidenten des Landesamtes für Versorgung und Soziales, Herrn Lehmann, stattgefunden. Die Geschäftsstelle des Ausschusses befindet sich seit Oktober 1999 wieder im Gebäude des Landesamtes in Halle-Neustadt. Zu danken ist an dieser Stelle für die Schaffung guter Arbeitsbedingungen, für die sachlich-organisatorische Unterstützung und auch dafür, dass Herr Lehmann durch seine regelmäßige und aktive Teilnahme an den Sitzungen des Ausschusses sein großes Interesse für Fragen der psychiatrischen Versorgung bekundet.

### **4. Thematische Sitzungen:**

Die Beiträge zur Sitzung am 14.04.1999 in Bernburg haben wir in Form einer Broschüre mit dem Titel „Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf: Die Situation in Sachsen-Anhalt“ veröffentlicht. Die Resonanz war gut; die Auflage von 400 Exemplaren war innerhalb weniger Wochen vergriffen.

Arbeitssitzungen hat der Ausschuss am 21.10.1999 im Landtag von Sachsen-Anhalt vor der Beratung mit der Ministerin und am 23.03.2000 vor der thematischen Sitzung zum PsychKG LSA in Naumburg durchgeführt.

Eine Anregung aus dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN aufgreifend, hat der Ausschuss-Vorsitzende eine Tagung zum Thema „Unterbringungsrecht in Deutschland“, die von der DGPPN, der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser und vom Arbeitskreis der ärztlichen Leiter psychiatrisch-psychotherapeutischer Abteilungen an

Allgemeinkrankenhäusern gemeinsam veranstaltet wurde, nach Sachsen-Anhalt geholt und gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. W. Weig, Osnabrück, am 24.03.2000 in Naumburg ausgerichtet. Der Ausschuss ist seinem Vorschlag gefolgt, die seit geraumer Zeit angedachte Anhörung über „Erfahrungen mit dem PsychKG LSA“ am 23.03.2000 ebenfalls in Naumburg durchzuführen. Statements aus der Sicht von sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten, psychiatrischen Kliniken, Polizei und Rettungsdienst, Gerichten und Verwaltungsbehörden, Angehörigen und Betroffenen ergaben ein differenziertes, insgesamt aber durchaus positives Gesamtbild. Gleichzeitig mit diesem Bericht sollen die Beiträge wieder in Form einer Broschüre der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

#### **5. Kontakte zur Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt:**

In der Vergangenheit hat der Ausschuss wiederholt die leistungsrechtliche Trennung der sog. Entwöhnung von der Entzugsbehandlung bei Suchtkranken und das Missverhältnis von stationären Behandlungsfällen (in Sachsen-Anhalt ca. 11.000 pro Jahr) und Rehabilitationsmaßnahmen (ca. 700 pro Jahr) bei Suchtkranken kritisiert und auch auf die Vernachlässigung von Psychosekranken hingewiesen, auf die unter den psychisch Kranken 30 % der Rentenzugänge, aber nur 3 % der medizinischen Rehabilitationsverfahren entfallen – Anlass für den Ausschussvorstand, das Gespräch mit der LVA Sachsen-Anhalt zu suchen. Verlaufen ist die Beratung am 13.12.1999, an der von unserer Seite auch Frau Dr. Feyler und Herr Dr. Fürle (beide Bernburg) und von Seiten der LVA der Leiter der Abteilung Rehabilitation, Herr Wall, und der leitende Arzt, Herr Dr. Schneider, teilgenommen haben, aus unserer Sicht insgesamt enttäuschend. Insbesondere mussten wir zur Kenntnis nehmen, dass die ambulante Rehabilitation von Suchtkranken nach der „Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht)“ vom 29.01.1991 für Sachsen-Anhalt von der LVA kategorisch abgelehnt wird. Als positiv ist festzuhalten, dass weitere Gespräche für die Zukunft in Aussicht genommen werden konnten.

#### **6. Kontakte zum Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker:**

Die Pflege des Kontakts zum Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker liegt dem Ausschuss-Vorstand seit jeher besonders am Herzen, gilt es doch, über Einzelgespräche anlässlich von Besuchen in Einrichtungen hinaus die Sichtweise der von Krankheit, Behinderung und ihren Folgen mitbetroffenen Angehörigen auch in die Betrachtung einzubeziehen. Regelmäßig wird der Vorstand des Landesverbandes eingeladen, als Gast an den Sitzungen des Ausschusses teilzunehmen. Darüber hinaus haben wir am 20.09.1999 den erweiterten Vorstand zu einer Beratung in die Geschäftsstelle des Ausschusses eingeladen, an der von unserer Seite auch Frau Dr. Schneider und Frau Schumann, beide Magdeburg, und Herr Prof. Späte, Halle, teilgenommen haben. Deutlich wurden von Seiten der Angehörigen enorme Erwartungen an den Ausschuss, aber vor allem auch an die in Praxis und Klinik für die Krankenversorgung zuständigen Ärzte, an die Kommunen als Kostenträger für Begegnungsstätten und an Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialämter, wenn es darum geht, jenseits bürokratischer Regelungen soziale Härten auszugleichen. Als besonders dringendes Problem wurde benannt, dass kompetente Hilfe außerhalb normaler Geschäftszeiten nahezu unerreichbar ist, obwohl sie gerade dann oft dringend benötigt werde; angemahnt wurde auch, über dem Rechtsschutz für Patienten das „Recht auf Behandlung“ nicht zu vernachlässigen. Für den Landesverband hat Frau Gisela Matthäus aus Osterburg zur Anhörung am 23.03.2000 in Naumburg die Anliegen von Angehörigen sehr klar und engagiert vorgetragen.

#### **7. Weitere Aktivitäten:**

Die Mitarbeit im Geriatrie-Beirat des Landes und im Landes-Behindertenbeirat wurde fortgeführt; beide Aufgaben nimmt Frau Dr. Schneider, Magdeburg, wahr. Dem „Runden Tisch für Menschen mit Behinderungen“ haben Ausschuss-Mitglieder am 29.01.2000 in Magdeburg über den Stand der Enthospitalisierung berichtet. Der Ausschuss war auf einigen weiteren Tagungen vertreten, so am 18.05.1999 auf einer Fachtagung zum Maßregelvollzug, am 12.10.1999 beim Gespräch zur Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in Schköna und am 16.11.1999 bei der Landesstelle gegen die Suchtgefahren. Dem Arbeitskreis Forensik (Vorsitzender: Prof. Dr. A. Marneros, Halle) wurde der Vorschlag unterbreitet, eine Studie zu initiieren, um die Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychischer Störungen in den Justizvollzugsanstalten des Landes epidemiologisch zu untersuchen. Hinsichtlich der immer wieder kritisierten Bearbeitungszeiten bei der Aufnahme in Werkstätten für Behinderte wurde gegenüber dem MS anhand eines Fallbeispiels der Nachweis geführt, dass ein im November 1995 eingeleitetes Verfahren bis Mai 1998 nicht zum Abschluss gebracht war. Am 10.04.2000 weilten die Leiterin des Psychiatriereferats im Sozialministerium des Landes Brandenburg und die Geschäftsführerin des dortigen Ausschusses zu einem Informationsbesuch in der Geschäftsstelle.

Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt hat der Ausschuss-Vorstand eine kurze Stellungnahme zum Modellprojekt „ambulanter geriatrischer Reha-Komplex“ in Schönebeck abgegeben und kritisiert, dass die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung als Ausschlusskriterium für eine Teilnahme an der ambulanten geriatrischen Rehabilitation gilt.

Das bedeute zum einen, dass Menschen mit psychischen Störungen einmal mehr ausgegrenzt werden; es stehe aber vor allem im Widerspruch zu den voranstehend genannten Einschlusskriterien: Multimorbidität, kognitive Störungen, Störungen von Antrieb, Stimmung und Aufmerksamkeit. Es erscheine widersprüchlich, psychopathologische Symptome zu den Einschlusskriterien zu zählen und psychiatrische Diagnosen zu den Ausschlusskriterien. Hirnleistungsstörungen (Demenz) und depressive Störungen gehören zu den besonders häufigen behandlungsbedürftigen Erkrankungen multimorbider alter Menschen. Auch betagte Personen, die an solchen Störungen leiden, bedürfen einer unter geriatrisch-gerontopsychiatrischen Gesichtspunkten gestalteten Rehabilitation. Uns erscheint es nicht angemessen, sie von der ambulanten Rehabilitation auszuschließen; wir würden eher empfehlen, neurologisch-psychiatrische und speziell gerontopsychiatrische Kompetenz in solche Modellprojekte einzubeziehen.

## **8. Ausblick:**

Zum Abschluss sollen zwei Probleme aus der Arbeit der Geschäftsstelle und des Vorstandes kurz angerissen werden:

Im abgelaufenen Berichtsjahr hat der Träger einer privaten Einrichtung, der mit einem Satz der im Bericht abgedruckten Kurzeinschätzung über sein Haus nicht einverstanden war, zunächst versucht, den Ausschuss-Vorstand zu einer Gegendarstellung zu veranlassen, wozu kein Anlass bestand, da es zu den Befugnissen einer Besuchskommission gehört, Wertungen vorzunehmen, die zwangsläufig immer einen subjektiven Charakter haben können. Im weiteren Verlauf hat der Betreiber jedes einzelne Kommissionsmitglied unter Androhung rechtlicher Schritte dazu bewegen wollen, sich persönlich vom Ergebnis der Meinungsbildung in der Kommission zu distanzieren. Mit lobenswerter Disziplin haben die Mitglieder der betroffenen Besuchskommission deren Geschäftsordnung beachtet, die in § 9 Abs. 1 bestimmt, dass öffentliche Stellungnahmen einzelner Mitglieder ohne Abstimmung mit dem Ausschuss nicht zulässig sind.

Schließlich hat sich der Trend verstärkt, den Ausschuss als ein Dienstleistungsunternehmen zur Beratung von Einrichtungsträgern und Einrichtung Gründern zu betrachten. In einem Fall bat ein großer Trägerverband dringend um einen Termin für eine Beratung mit dem Vorstand – wie sich herausstellte, in der konkreten Erwartung, bisher unerschlossene Finanzierungsquellen für ein gut gemeintes soziales Projekt genannt zu bekommen. Der Ausschuss-Vorstand hat den Eindruck gewonnen, dass es sich lohnen könnte, für dieses

Geschäftsfeld eine Consulting-Firma zu gründen; zu den vom Gesetzgeber vorgesehenen Aufgaben zählt diese Tätigkeit jedenfalls ebenso wenig wie die Vertretung der Interessen bestimmter Wohlfahrtsverbände.

Der Vorsitzende: Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

### **III. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung**

#### **III. 1. Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters**

Frau Dr. Ute Hausmann, Halle

Zur klinischen Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters im Land Sachsen-Anhalt ist festzustellen, dass die Tagesklinik in Dessau, die der Bernburger Klinik zugehörig ist, demnächst ihre Arbeit aufnimmt. Die Verbesserung in der regionalen Versorgung, die sich daraus ergibt, ist dringend erforderlich. In Bernburg selbst gehen die Arbeiten am Neubau der Klinik zeitgerecht weiter.

Im St. Barbara-Krankenhaus Halle wurden die Arbeiten am Therapiezentrum der Klinik begonnen. Damit wird in den nächsten 1½ Jahren eine Entspannung des erheblichen Platzmangels in dieser Klinik erwartet. Die Therapiesituation für die Patienten wird sich deutlich verbessern. In diesem Gebäude entstehen geeignete großzügige Räume für die Ergotherapie, Mototherapie, Kunsttherapie, Familientherapie u. a. Eine Turnhalle wird Spiel und Bewegung auch bei schlechtem Wetter ermöglichen.

Am 26. April 2000 wurde in der Klinik eine Einheit für jugendliche drogenabhängige Patienten, die sich einer Entzugsbehandlung unterziehen wollen, in Betrieb genommen. Die vorhandenen 5 Betten sind vorgesehen für Jugendliche, die freiwillig einen Ausstieg aus dem Drogenkonsum anstreben. Die meisten der Aufnahmen erfolgen geplant nach einem festgelegten Vorgehen, das mit den ambulant behandelnden Ärzten und den Drogenberatungsstellen abgesprachen ist.

Die Station ist nicht ausgestattet für Akutaufnahmen bei Überdosierungen oder von Patienten im Entzugssyndrom, die vital bedroht sind. Solche Patienten werden weiterhin auf der Intensivstation des Barbara-Elisabeth-Krankenhauses aufgenommen. Die Stationsleitung bzw. die Klinikleitung sieht sich häufig mit unrealistischen Erwartungen seitens der Stadt Halle an diesen vorsichtig mit der Arbeit beginnenden Bereich konfrontiert. Das erschwert den Start, wird sich aber in Zukunft regeln.

Die Belange der universitären Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Magdeburg sind nach wie vor ungeklärt. Die letzte aktuelle Information besteht darin, dass diese Klinik zum 01.08.2000 20 vollstationäre Betten aufstellen kann und eine Tagesklinik mit 10 Plätzen anbietet. Dem Ausschuss ist bisher nicht bekannt, wie für die fachärztliche Leitung der Klinik Sorge getragen wird. Der Ausschuss hält diese für zwingend erforderlich. Die Besetzung der C 3 Professur ist wieder in weite Ferne gerückt, da der letzte Bewerber definitiv abgesagt hat.

Die Möglichkeiten für Forschung und Lehre sind weiterhin nicht gegeben. Die immer wieder eintretenden Verzögerungen und die Hilflosigkeit, mit der ihnen begegnet wird, sind unbegreiflich. Die Aufforderung, dass die Situation mindestens jetzt eine gezielte gemeinsame Initiative des Wissenschafts- und Gesundheitsressort der Landesregierung erfordert, wird erneut angemahnt.

Eine gewisse Verbesserung der Verhältnisse kann sich aus der im Herbst geplanten Eröffnung einer Tagesklinik in Magdeburg als Außenstelle der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie Uchtspringe ergeben. Trotzdem muss die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung der Stadt Magdeburg als völlig unzureichend eingeschätzt werden. Es erhebt sich die Frage nach den Gründen, die immer wieder dazu führen, dass ein derartiger Zustand über so lange Zeit fortbestehen kann.

Alle anderen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Psychotherapie des Landes haben die volle Weiterbildungsermächtigung für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie - Psychotherapie. Der Lehrauftrag an der MLU Halle-Wittenberg wurde der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am St. Barbara Krankenhaus Halle in diesem Jahr wieder erteilt und wird mit erfreulichem Interesse von den Studenten wahrgenommen.

In der Klinik Merseburg wurde ein großzügig renoviertes Gebäude zur Nutzung für die Institutsambulanz und die Tagesklinik in Betrieb genommen. Es enthält auch einige Wohneinheiten für Eltern.

Der Antrag der PSAG Wittenberg wird vom Ausschuss nach wie vor unbedingt unterstützt: Es sollte dort einem Kinder- und Jugendpsychiater die Möglichkeit zur Niederlassung gegeben werden. Die Antwort der KV auf das Anliegen der PSAG kann auf keinen Fall befriedigen, sie ist sachlich auch unzutreffend, denn es wird dadurch ignoriert, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ein seit Jahren eigenständiges Fachgebiet der Heilkunde ist. Die Zahl der Kassenärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie darf nicht von den vorhandenen nervenärztlichen Niederlassungen bestimmt werden.

Die Einrichtung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt ist ein nicht nur für Wittenberg dringendes Thema. Es ist unbedingt anzustreben, an allen Sozialpsychiatrischen Diensten kinder- und jugendpsychiatrische Fachkompetenz zu etablieren. Dies würde u. a. auch die in Wittenberg beklagten Schwierigkeiten mit der Ermittlung von Anspruchsberechtigung bezüglich § 35 a KJHG regeln. Zurzeit gibt es fast im ganzen Land Sachsen-Anhalt die unbefriedigende Situation, dass die Antragsteller zur Diagnostik der den Anspruch begründenden psychiatrischen Störungen in weit entfernte Kliniken und Praxen überwiesen werden müssen.

Auch im Landkreis Wittenberg ist es bisher leider zu keiner Verbesserung im ambulanten Bereich unseres Faches gekommen, obwohl sich die dortige PSAG heftig darum bemüht hat. In diesem Zusammenhang sind andere Aktivitäten im Landkreis Wittenberg zu erwähnen, die unbedingt Anerkennung verdienen: Der Kinder- und Jugendhilfe-Verband Schköna, eine Einrichtung der AWO, organisierte unter der Bezeichnung „Schkönaer Gespräche“ eine Fachtagung zur „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher“. Es kam zu einer sinnvollen Auseinandersetzung zwischen den Vertretern der ambulanten und stationären KJPP und den Vertretern der Jugendämter.

Es folgte ein Austausch über die Möglichkeit der Zusammenarbeit an den Begegnungs- und Reibungsstellen zwischen Jugendämtern und KJPP. Die Ergebnisse wurden in einer Dokumentation veröffentlicht. Solche Aktivitäten sollten wahrgenommen und unterstützt werden.

Hier erfüllt sich im Ansatz ein Teil der Empfehlungen des vorjährigen Berichtes zu den Hilfen nach § 35 a KJHG. Es sei dennoch daran erinnert, dass sich an noch mehr Stellen im Rahmen einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Experten aus Jugendamt und KJPP in Qualitätszirkeln mit dem Bereich der Hilfen nach § 35 a KJHG beschäftigen und u. a. die Finanzverwaltung der Landkreise immer wieder energisch an ihre Leistungsverpflichtung für die anspruchsberechtigten Jugendlichen erinnern.

Die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit der Institutionen von Medizin und Jugendhilfe gehen meistens zu Lasten der einzelnen Beteiligten. Beide Seiten müssen zusätzlich Anstrengungen auf sich nehmen beim Zusammenwirken in der Hilfeplanung. Die Kosten für den Arbeitsaufwand, den solche interdisziplinären Leistungen erforderten, sind jedoch nach wie vor nicht abgedeckt.

Für Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind, ergibt sich gelegentlich das Problem von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Es gibt nach wie vor keine stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, die diesen Betroffenen

gerecht werden. Die Zahl der benötigten Plätze wäre nicht groß. Dazu hat der Ausschuss in vorangegangenen Berichten bereits detaillierte Aussagen getroffen. Das Fehlen von Möglichkeiten fakultativ geschützter Unterbringung führt in Einzelfällen immer wieder zu unlösbaren Problemen für die Betroffenen.



### **III. 2. Anmerkungen zur geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt**

Der Ausschuss hat sich aktuell mit dem Entwurf für ein neues Geriatriekonzept des Landes Sachsen-Anhalt auseinanderzusetzen, Anlass für einige Anmerkungen zur Geriatrie, soweit sie unseren Tätigkeitsbereich betrifft, und für grundsätzliche Überlegungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung.

#### **2.1. Zur geriatrischen Rehabilitation**

Frau Dr. Christiane Keitel, Magdeburg

Wenn man zum Stand der gerontopsychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt Stellung nehmen will, lohnt es sich, einen Abstecher zur geriatrischen Versorgung zu machen, um anstehendes Konfliktpotential besser verstehen zu können.

Noch gilt das Geriatriekonzept Land Sachsen-Anhalt von 1995, in dem u. a. allgemeine Empfehlungen zur ambulanten und stationären Behandlung geriatrischer Patienten enthalten sind und auch zur rehabilitativen Behandlung Stellung genommen wird. Für die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung werden in diesem Konzept nach wie vor die Standorte der bisherigen Fachkrankenhäuser mit psychiatrischer Aufgabenstellung sowie die Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer Vollversorgung vorgesehen.

Derzeit wird ein Entwurf für ein neues Geriatriekonzept Land Sachsen-Anhalt diskutiert. Es wird ein vernetztes geriatrisches Versorgungssystem detaillierter dargestellt und auch versucht, den geriatrischen Patienten zu definieren. Leider muss man dabei den Eindruck gewinnen, dass die Autoren dieses Entwurfes unter Geriatrie ausschließlich die internistische Geriatrie verstehen und zum Beispiel psychiatrische Syndrome wie Depression und Demenz auch von Nichtpsychiatern diagnostiziert und behandelt wissen wollen.

Wenn man die geriatrische Versorgung in den letzten Jahren betrachtet, ist die positive Tendenz zu verzeichnen, dass kleine Fortschritte erzielt worden sind.

In Oranienbaum wird ein Krankenhaus schrittweise in eine stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtung umgewidmet. Im Jahre 1999 wurde ein Modellversuch (gem. § 63 SGB V) gestartet, um zwei Einrichtungen der geriatrischen ambulanten Rehabilitation zu errichten. Es handelt sich zum einen um eine mobile geriatrische Rehabilitation, die an das Geriatrische Zentrum der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg angeschlossen ist, und zum anderen um einen ambulanten geriatrischen Rehabilitationskomplex in Schönebeck.

Am Standort Magdeburg werden die Patienten in der Häuslichkeit aufgesucht und rehabilitiert, d. h. es kommen physiotherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz, teilweise auch logopädische und angestrebt psychotherapeutische Maßnahmen. In Schönebeck werden die Patienten von einem Fahrdienst zum Reha-Komplex gefahren und erhalten dort therapeutische Maßnahmen (Physiotherapie und Ergotherapie vorrangig). Weiterhin werden logopädische Behandlungen sowie auch im geringen Umfang psychotherapeutische Maßnahmen erbracht. Letztere werden von einer niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutin angeboten, die stundenweise im ambulanten geriatrischen Rehabilitationskomplex tätig ist.

Der Reha-Komplex in Schönebeck steht unter der Leitung mehrerer Hausärzte, das Modell der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg unter der ärztlichen Leitung der Klinik. Aus psychiatrischer Sicht ist hierbei kritisch anzumerken, dass auch zunehmend Patienten mit psychiatrischen Diagnosen „rehabilitiert“ werden, ohne dass aus nervenärztlicher Sicht eine Klärung der Ätiologie erfolgt bzw. eine adäquate Therapie eingeleitet worden ist.

Die Angaben zur Prävalenz psychiatrischer Störung bei älteren Menschen in der Allgemeinbevölkerung liegen je nach Untersuchung zwischen 17 % und 54 %. Andererseits weisen verschiedene Untersuchungen eindeutig darauf hin, dass eine erhebliche Unterversorgung älterer Menschen durch Nervenärzte bzw. Psychiater und Psychotherapeuten besteht. Dies bedeutet u. a. eine drastische Minderversorgung in psychotherapeutischen Methoden wie auch erhebliche Defizite in einer fach- und zielgerechten komplementären psychopharmakologischen Behandlung.

Auch Patienten mit relevanten Fähigkeitsstörungen und gestörtem Verhalten in der Kommunikation und in der Orientierung profitieren natürlich von einer geriatrischen Rehabilitation. Die Forderung des Psychiaterausschusses läuft darauf hinaus, vor Durchführung der geriatrischen Rehabilitation eine adäquate ätiologische Diagnostik und Therapie auf nervenärztlichem/psychotherapeutischem Gebiet durchzuführen, um dann eine Klärung von Kompetenz zwischen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Fortbehandlung zu definieren.

Um die beschriebene angemessene Diagnostik- und Therapieplanung von psychiatrischen Syndromen mit Zuständigkeitsbereich im psychiatrischen Fachgebiet durchzuführen, sollte ggf. eine entsprechende Verankerung in einem zukünftigen Konzept fortgeschrieben werden. Es müsste differenziert werden einerseits in eine Behandlung von Patienten der internistischen Geriatrie (z.B. geriatrisch behandlungsbedürftige gerontopsychiatrische Patienten) sowie andererseits in die Behandlung von Patienten mit vorrangig gerontopsychiatrischen Störungen. Die Beachtung der Elemente Prozess- und Strukturqualität führen dann damit zu einer qualitätsgerechten Diagnostik und Therapie älterer Patienten.

## 2.2. Zur gerontopsychiatrischen Versorgung

Prof. Dr. Helmut F. Späte, Halle

### Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter

Demographische Untersuchungen lassen zwei wichtige Befunde erkennen:

- Die Bevölkerungspyramide in Deutschland gleicht heute eher einer auf der Spitze stehenden Pyramide, weist noch starke Einkerbungen als Folge des letzten Weltkrieges auf und deutet auf einen relativ geringen Geburtenzuwachs hin, so dass die Basis schmal bleibt.
- Der Anstieg der Lebenserwartung der Menschen führt zu einer Erhöhung der Zahl der älteren Menschen und zu einem Anstieg des Anteils an der Gesamtbevölkerung. Leben heute in Deutschland ca. 9 Mio. über 60jährige Menschen, so werden es 2030 12,2 Mio. sein. Dabei steigt der Anteil der Hochbetagten (über 85jährigen) bis zu diesem Zeitpunkt um 125%.

Diese demographischen Grundaussagen haben einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die Häufigkeit, den Verlauf und die Folgen einer ganzen Reihe von z.T. schwerwiegenden Erkrankungen.

- Viele Erkrankungen, die auch in früherem Lebensalter auftreten, werden durch die biologischen Faktoren des Alterungsprozesses mitbestimmt.
- Es ist eine Zunahme der Multimorbidität (gleichzeitiges Auftreten von mehr als einer Krankheit) festzustellen.
- Der Verlauf der Erkrankungen ändert sich dahingehend, dass er chronisch wird, zu unvollständiger Heilung führt und häufiger als sonst bleibende Behinderungen hinterlässt.
- Etwa  $\frac{1}{4}$  der über 65jährigen leidet an nicht geringfügigen psychischen Störungen unterschiedlicher Art.

Psychische Erkrankungen im Alter sind nicht von vornherein als unvermeidbare therapieresistente Alterserscheinungen anzusehen und dann resignierend als schicksalhafte Ereignisse hinzunehmen. Eine ganze Reihe von derartigen Störungen ist gut behandelbar; dabei ist jedoch eine ordentliche Diagnostik die Voraussetzung dafür, das eine vom anderen zu trennen.

(1) Die psychoorganischen Syndrome stellen den größten Anteil der psychischen Störungen im Alter dar. Darunter ist wiederum die Demenz vom Alzheimer-Typ am häufigsten vertreten. Die Prävalenz für mäßig schwere und schwere Demenzen beträgt 6% der über 64jährigen Menschen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass im höheren Lebensalter ein exponentieller Anstieg der Demenzraten sichtbar wird:

von 65 – 69 Jahre	- 8%
von 80 – 84 Jahre	- 15%
über 90 Jahre	- 30%

Die Inzidenz (also die Entstehungshäufigkeit pro Jahr) beträgt für mittelschwere bis schwere Demenzen 10,7 – 16,3 pro 1.000 Einwohner.

Besonders eindrucksvoll – und für den Umfang der Betreuungsnotwendigkeit richtungweisend – stellen sich die prozentualen Anteile der Bewohner mit psychischen Erkrankungen in Heimen dar (nach der Mannheimer Studie):

Danach sind 42% der Heimbewohner über 65 Jahre psychisch krank (in Altenheimen und Wohnheimen sind es 24%, in Pflegeheimen 57% der Bewohner).

(2) Für die Notwendigkeit einer umfassenden und sorgfältigen Diagnostik spricht die Tatsache, dass etwa 20% der Demenzen auf einer definierten Erkrankungsursache beruhen und damit behandelbar und reversibel sind (Tumoren, Vergiftungen, Altersalkoholismus).

Etwa  $\frac{2}{3}$  bis  $\frac{3}{4}$  aller funktionellen (d.h. nicht organisch begründbaren) Störungen bei den über 60jährigen sind Depressionen, die dann u.U. (i.S. einer Pseudodemenz) nicht als Depressionen erkannt und für eine Demenz gehalten werden.

Untersuchungen haben ergeben, dass 17% der über 85jährigen Menschen an einer Depression leiden. Unter den Bewohnern von Pflegeheimen sind 22% depressiv, und unter den Bewohnern geriatrischer Institutionen lassen sich 30% als depressionskrank diagnostizieren.

Allein diese Zahlen stellen eine große Herausforderung an das Betreuungssystem dar. Da psychisch kranke alte Menschen keine Lobby besitzen, auch keine Möglichkeit zu Selbsthilfe und zur gegenseitigen Unterstützung haben, etwa im Rahmen von Selbsthilfegruppen, erhalten die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Sicherung der Betreuung psychisch gestörter alter Menschen einen überaus hohen Stellenwert.

(3) Schließlich weisen die altgewordenen psychisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten die gesamte Bandbreite psychischer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen auf. Gerade diesem Anteil gerontopsychiatrischen Klientels muss mehr Aufmerksamkeit als bisher gewidmet werden, weil es sich dabei häufig um Menschen handelt, die ihr Leben lang zusätzlich mit dem Stigma des Geisteskranken behaftet waren und damit eher am Rand der Gesellschaft lebten als andere Kranke. Problematisch ist, dass für diese Personengruppe die Zuständigkeit der Institutionen häufig nicht geklärt ist: So werden sie zwischen psychiatrischen Kliniken, die sich nicht mehr zuständig fühlen (und wenn es sich um Akutkliniken handelt – auch nicht zuständig sind) und Pflegeheimen, die mit der Betreuung überfordert sind, hin- und hergeschoben.

### **Zur Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt**

(1) Durch die Pflegeversicherung wird auch bei gerontopsychiatrisch gestörten Menschen die sog. Grundversorgung abgedeckt, d.h. es werden die makaber anmutenden „drei S“ erfüllt: Satt, sauber, still.

Die unabdingbar notwendigen und sehr zeitaufwendigen Aufgaben der allgemeinen Beaufsichtigung und Anleitung und die Maßnahmen der Rehabilitation und der Förderung der Kommunikation durch aktivierende Pflege sind **nicht** als Leistungen in der Pflegeversicherung enthalten.

Damit ist von vornherein der Spielraum für eine tatsächlich menschenwürdige Betreuung psychisch gestörter alter Menschen eingeschränkt. Um eine aktivierende Pflege sinnvoll in das Gesamtbetreuungskonzept einfügen zu können, wird dringend empfohlen, auch für den Personenkreis psychisch gestörter alter Menschen Eingliederungshilfe einzufordern.

(2) Um eine angemessene differenzierte Diagnostik gerontopsychiatrischer Störungen vornehmen und eine entsprechende Therapie- und Betreuungsplanung anschließen zu können, sind spezialisierte, als gerontopsychiatrische Betten ausgewiesene Kapazitäten in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen erforderlich.

Für das Land Sachsen-Anhalt ergibt sich nach dem Bettenplan vom 09.02.2000 folgender Stand:

St. Josefs-Krankenhaus Dessau	20
Fachkrankenhaus Bernburg	37
Psych. Krankenhaus Halle	20
Psych. Abt. Krankenhaus Nmbg.	20
Otto-v.-Guericke Univ. Mgdbg	11
FKH Haldensleben	33
Klinikum Quedlinburg	20
FKH Uchtspringe	36
KKH Blankenburg	<u>12</u>
<b>Insgesamt</b>	<b>209 Betten mit gerontopsychiatrischem Profil</b>

Aus dieser Übersicht zeigt sich Folgendes:

- Die spezialisierten gerontopsychiatrischen Betten sind im Lande ungleichmäßig verteilt, wobei allein in den drei großen psychiatrischen Fachkrankenhäusern Uchtspringe, Bernburg und Haldensleben 106 Plätze gestellt werden. Der Versorgungsbezirk Magdeburg steht mit insgesamt 112 Plätzen an erster Stelle. Dagegen weist der Versorgungsbezirk Halle lediglich insgesamt 40 Plätze aus. Dies zeigt – wie auch in der gesamten psychiatrischen Versorgung – die Defizite vor allem im Süden des Landes.
- Stationäre spezialisierte Gerontopsychiatrie wird nach wie vor in überwiegendem Maße in den großen Fachkrankenhäusern Bernburg (37 Betten), Uchtspringe (36 Betten) und Haldensleben (33 Betten) betrieben. Und lediglich in einer der beiden Universitäten sind 11 spezialisierte Betten ausgewiesen.
- Die Erfahrung zeigt, dass gut diagnostizierte und stationär behandelte gerontopsychiatrische Patienten nach der Entlassung unzulänglich weiterbetreut werden, dass insbesondere eine fachärztliche Behandlung fehlt und aufsuchende Dienste wieder nur in einer „Feuerwehrfunktion“ in Erscheinung treten.

(3) An den stationären psychiatrischen Einrichtungen des Landes sind insgesamt 383 Tagesklinikplätze ausgewiesen (als psychiatrische Tagesklinikplätze). Es liegt jedoch keine gesonderte Ausweisung von gerontopsychiatrischen Tagesklinikplätzen vor, so dass darüber auch keine Aussage getroffen werden kann.

Ebenso gibt es keine Übersicht über Tagesstätten, die speziell für ein **gerontopsychiatrisches** Klientel angeboten werden und außerhalb von stationären Einrichtungen betrieben und möglicherweise von freien Trägern unterhalten werden.

(4) Übersichten, nach denen ein spezielles Platzangebot für ein gerontopsychiatrisches Klientel in Heimen, im Betreuten Wohnen oder im altersgerechten Wohnen ausgewiesen wird, fehlen völlig.

(5) Ein strukturiertes umfassendes Betreuungssystem, wie es etwa HALMA in Würzburg darstellt, ist in Sachsen-Anhalt auch in Ansätzen nicht zu erkennen. Insbesondere fehlt das Zusammenspiel der unterschiedlichen Organisationsformen und Betreuungsebenen: Neben einer punktuell vorhandenen qualifizierten stationären Diagnostik und Therapie werden aus der überwiegenden Insuffizienz der ambulanten und teilstationären Betreuungsmöglichkeiten sowie der Aktivitäten spezialisierter Dienste die vorhandenen Altenpflegeheime, Altenheime und sonstigen Heime genutzt, um psychisch gestörte alte Menschen (gerontopsychiatrische „Patienten“ bzw. „Bewohner“) „unterzubringen“, häufig genug ohne ausreichende Diagnostik.

(6) Zur Situation in den Altenpflegeheimen: Die Besuchskommissionen haben ausgewählte Altenheime besucht. Generell ist zu sagen, dass die Altenheime des Landes, wie sie von den Besuchskommissionen vorgefunden wurden, einen hohen Prozentsatz gerontopsychiatrisch zu versorgender Heimbewohner aufweisen.

Dabei zeigte sich, dass **nur in beachtenswerten Ausnahmefällen** auch spezielle Angebote engagierter und fachlich kompetenter Mitarbeiter für diese spezielle Klientel eingeführt worden waren (z.B. Altenpflegeheim der Volkssolidarität in Kaltenmark, Saalkreis).

Die Argumente dafür, dass eine differenzierte Betreuung psychisch gestörter Heimbewohner nicht möglich ist, lauten:

- fehlendes Fachpersonal mit unzureichender Erfahrung in gerontopsychiatrischen Fragen
- fehlende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten wegen fehlender Finanzen und/oder fehlendem Engagement der Träger
- unangemessene Architektur der Räume und Häuser
- mangelhafte fachmedizinische Versorgung im Heim, wobei die Hausärzte mit den Problemen psychisch gestörter Bewohner vielfach überfordert sind
- daraus resultiert ein Übermaß an Medikamentenverschreibung nach dem Motto „Hauptsache still“
- die Heimleiter beklagen, dass Psychiater wegen des gedeckelten Budgets regelmäßig zum Ende des Quartals „keine Behandlungen mehr machen“.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

(1) Aus der Sicht des Psychiatrieausschusses ist die Situation der medizinischen Versorgung und der Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten im Land Sachsen-Anhalt defizitär.

(2) Es mangelt sowohl an der notwendigen fachspezifischen stationären Diagnostik und an Therapieplätzen als auch an Betreuungsmöglichkeiten im tagesklinischen Bereich.

(3) Die Betreuung in Heimen ist weitgehend undifferenziert, fachlich unzulänglich gestützt und von Personal- und Geldknappheit gekennzeichnet.

(4) Bzgl. konzeptioneller Vorstellungen ist zu fordern, dass alle mit gerontopsychiatrischen Aufgaben zusammenhängenden Fragen ein originäres Teilgebiet der Psychiatrie bleiben und nicht von fachinkompetenten und z.T. unausgebildeten Kräften übernommen werden können.

Auch eine Ausrichtung auf eine rein **geriatriische** Sichtweise, etwa i.S. der inneren Gerontologie, vermag das Problem nicht zu lösen. Künftige Konzepte sollten auch dem Inhalt nach als „Konzepte der Geriatrie und Gerontopsychiatrie“ ausgewiesen werden.

(5) Einen generellen Ausweg aus dem derzeitigen Mangelzustand wird es nicht geben.

Als zukunftsorientierte Lösung bietet sich das **Hallesche Modell der integrierten Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten** an, in das sowohl die Universitätsnervenklinik als auch das Psychiatrische Krankenhaus als auch ausgewählte Pflegeheime einbezogen sind.

(6) Bzgl. der Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten als Bewohner in Pflegeheimen gibt es gegenwärtig noch sehr divergierende Auffassungen und differenzierte Diskussionen.

- Ein ausschließlich gerontopsychiatrisch arbeitendes Pflegeheim setzte einen höheren Personalschlüssel und besonders qualifiziertes Personal voraus.
- Beständen Heime mit ausschließlich gerontopsychiatrischem Profil, würde das u.U. zu permanenten Umzügen aus anderen Heimen führen, und möglicherweise würde dann die

Verantwortung für schwierige Bewohner schwächer werden und die „schweren Fälle“ würden „abgeschoben“.

- Für die Bewohner von Seniorenresidenzen, denen beim Eintritt des Pflegefalles oder bei Klinikaufenthalt der Heimvertrag gekündigt wird, bedeutet das eine unzumutbare Härte.
- Für einmal in Heimen lebende Bewohner sollte vom Heim das Bleiberecht auch bei Eintritt von schweren Erkrankungen und psychischen Störungen garantiert werden.
- Dies bedeutet, dass für alle Altenpflegeeinrichtungen eine Versorgungsverpflichtung für den Fall einer psychischen Alterserkrankung gefordert werden muss.
- Wenige ausgewählte Pflegeheime sollten in zu gründende gerontopsychiatrische Zentren integriert werden und dabei insbesondere in der Öffentlichkeitsarbeit und in der praxisnahen Fortbildung der Mitarbeiter auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie eine herausragende Rolle spielen.

(7) Dringend notwendig ist eine Bestandsaufnahme der im Land tätigen Einrichtungen, Vereine und Institutionen, die sich spezialisiert um Diagnostik, Therapie, Betreuung und Rehabilitation von psychisch gestörten oder erkrankten alten Menschen (gerontopsychiatrische Patienten) bemühen.

(8) Nach wie vor hat das „Aktionsprogramm gerontopsychiatrische Versorgung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie“ (Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie), Geschäftsstelle Köln, Hrsg. Sept. 1997) uneingeschränkte Gültigkeit.

### **III. 3. Maßregelvollzug und Forensische Psychiatrie**

Dr. Christel Conrad, Magdeburg

Letztmalig wurde im 5. Ausschussbericht 1998 zur Situation im Maßregelvollzug (MRV) und der forensischen Psychiatrie in Sachsen-Anhalt Stellung genommen. Seit dieser Zeit hat sich eine wesentliche Änderung hinsichtlich der Rechtsform dieser hoheitlichen Aufgabe des Landes ergeben, die im Vorfeld der Beschlussfassung im Landtag sehr kontrovers diskutiert wurde. Mit Beschluss der Landesregierung vom 12.10.1999 ging der Maßregelvollzug als hoheitliche Aufgabe im Wege der Beleihung sowie der LHO-Betrieb „Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie“ mit den Betriebsteilen Bernburg und Uchtspringe im Wege eines Betriebsüberganges gemäß § 613 a BGB zum 01.01.2000 auf die SALUS gGmbH über. Die Rechts- und Fachaufsicht über die SALUS gGmbH wird seit diesem Zeitpunkt durch das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt ausgeübt. Die Trägerschaft des Landesamtes für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt endete damit zum 31.12.1999. Im Sozialministerium wurde für den Aufgabenbereich Maßregelvollzug ein neues Referat 28 gebildet. Die von der SALUS gGmbH geführten Betriebsteile für Forensische Psychiatrie befinden sich in Uchtspringe und in Bernburg. Hintergrund der Entscheidung sollte eine Überwindung der organisatorischen Trennung von Krankenhaus- und Maßregelvollzugsbereichen sein, um mehr Flexibilität im Dienste von Therapie und öffentlicher Sicherheit zu entwickeln. Gedacht wurde insbesondere an den Personalbereich zur Überwindung personeller Engpässe im ärztlichen und pflegerischen Bereich unter dem Dach einer einheitlichen Verwaltung, wie auch an die bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildung des Personals. Das Land bleibt Eigentümer der SALUS gGmbH und wird als Gesellschafter durch das Sozialministerium vertreten. Die Überleitung in eine privatrechtliche Betriebsform sollte nach Aussage des Ministeriums keine Nachteile für die rund 280 Beschäftigten haben. Eine Erweiterung der Platzkapazität mit dem Abschluss der Baumaßnahmen wird von 250 auf 306 Plätze (von 175 auf 201 in Uchtspringe, von 75 auf 105 in Bernburg) angestrebt.

Seit dem Aufbau des Maßregelvollzuges in Sachsen-Anhalt hat sich dieser sowohl von der baulichen Ausstattung als auch von der personellen Belegung erheblich ausgeweitet und qualitativ deutlich verbessert. So wurde seit dieser Zeit in Uchtspringe ein großer Neubaukomplex mit Hochsicherheitstrakt errichtet, der von baulicher Seite dem Bemühen um eine angemessene Therapie entspricht und dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung entgegenkommt. Die bauliche, materielle und sicherheitstechnische Ausstattung in den Kliniken für Forensische Psychiatrie, in denen der Maßregelvollzug durchgeführt wird, ist als gut und modern einzuschätzen. Problematisch und keineswegs modernen Behandlungsmethoden entsprechend sind die bis zur geplanten Fertigstellung weiterer Neubautrakte derzeit noch genutzten alten Unterbringungsgebäude an den beiden Standorten des Maßregelvollzuges.

Im April 2000 waren im Land Sachsen-Anhalt nach Auskunft der Einrichtungen 300 Patienten im Maßregelvollzug untergebracht, bei einer Kapazität von 250 Plätzen, was einer Überbelegung von 50 Patienten entspricht. In der Klinik für Forensische Psychiatrie am Standort Uchtspringe, in der als einziger Einrichtung des Landes Sachsen-Anhalt Patienten behandelt werden, die nach § 63 StGB untergebracht sind, des weiteren Patienten gemäß § 126 a StPO, bei denen zu erwarten ist, dass der § 63 StGB verhängt wird, sowie Patienten nach § 81 StPO, befanden sich im Frühjahr 2000 nach Angaben der Einrichtung bereits 205 Patienten, bei einer Kapazität von 175 Plätzen. In der Klinik für Forensische Psychiatrie in Bernburg, in der vornehmlich die Unterbringung und Behandlung suchtkranker Straftäter aus Sachsen-Anhalt gemäß § 64 StGB und von Patienten gemäß § 126 a StPO und § 81 StPO erfolgt, befanden sich zum gleichen Zeitpunkt 95 Patienten bei 75 Planbetten. Eine Folge dieser extremen Überbelegung ist, dass Patienten in Zimmern teilweise zu viert untergebracht sind, die eigentlich als Zweibettzimmer konzipiert sind. Zusätzlich zur „Zimmerrückfüllung“ wurden die sog. Kontaktzimmer zu Patientenzimmern umfunktioniert. Die



insgesamt bestehende räumliche Enge bildet ein Sicherheitsrisiko und kann sich noch zuspitzen, da weitere Patientenaufnahmen anstehen. Mit einer Entspannung der räumlichen Enge wird ab Herbst 2000 gerechnet, wenn in Uchtspringe die Übergabe des 2. Bauabschnittes und in Bernburg der Bezug der Gebäude des 1. Bauabschnittes anstehen, wo die gegenwärtige Containerlösung auch nur eine Übergangsvariante ist.

Es ist dabei anzumerken, dass die Einrichtungen des Maßregelvollzuges bundesweit überfüllt sind, mit steigender Tendenz. Um dieses Problem anzugehen, werden in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Modelle erprobt, wie z.B. lange Wartezeiten bis zur Aufnahme in den MRV oder die Verlegung von MRV-Patienten in die allgemeine Psychiatrie. Sachsen-Anhalt hat bisher diese sicher nicht günstigen Lösungen umgehen können - die Zeit bis zur Aufnahme beträgt nur etwa vier Wochen - hat dadurch allerdings eine permanente Überbelegung. Im letzten Jahr habe sich jedoch eine Plateaubildung abgezeichnet.

Als wesentliche Ursache dieser Überbelegung kann der hohe Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und dabei insbesondere von Patienten mit Sexualdeviationen angesehen werden, die sich insgesamt nur schwer und mit hohem zeitlichen und personellen Aufwand behandeln lassen. Viele der eingewiesenen Patienten haben lange Haftstrafen hinter sich, erscheinen emotional ausgebrannt und dadurch auch schwer zu behandeln. Der Anteil von Psychosekranken, die vergleichsweise einfacher und kurzzeitiger zu therapieren sind, ist im Verhältnis zu den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in Uchtspringe mit einem Anteil von 12 - 15 % gering. In anderen Bundesländern wird er mit 30 - 40 % angegeben. Angesichts dieser Diskrepanz stellt sich dem Ausschuss die Frage, ob im Land Sachsen-Anhalt die Voraussetzungen für die Anwendung der §§ 21 und 63 StGB immer vollständig erfüllt sind. Angeregt wird, die Weiterbildung von Sachverständigen zu intensivieren. In diesem Zusammenhang ist als bedauerlich festzuhalten, dass der Plan der Gründung einer Forensischen Akademie des Landes Sachsen-Anhalt bisher nicht verwirklicht wurde.

Die Überbelegung wird auch dadurch gefördert, dass es an Möglichkeiten mangelt, z.B. geistig behinderte Patienten in Wohnstätten außerhalb der Klinik zu verlegen, weil die in Frage kommenden Heime, bis auf einige Altersheime, wenig Bereitschaft zeigen, Patienten des MRV zu übernehmen.

Ähnlich sieht die Situation in Bernburg aus, wo es Schwierigkeiten bei der Rückverlegung von Patienten gibt, wenn die Maßregel beendet wird, weil keine Erfolgsaussichten bestehen. Auch die normale Gesetzesreihenfolge - erst Maßregel, dann Strafe - wirkt sich insbesondere bei längeren Haftstrafen oder noch offenen Strafen aus anderen Verfahren für eine Therapie demotivierend aus. Hier wäre eine Umkehr der Reihenfolge sinnvoll.

Ein gravierendes Problem stellt im Maßregelvollzug die personelle Ausstattung, insbesondere im ärztlichen Bereich, dar. In Uchtspringe waren im April 2000 von neun ausgeschriebenen ärztlichen Stellen nur fünf besetzt, einschließlich Chefarzt, darunter drei Fachärzte. In Bernburg gab es nur zwei Fachärzte und zwei Assistenzärzte. Es waren nahezu fünf Stellen nicht besetzt. Eklatant ist dabei der Facharztmangel. Auch herrscht insgesamt eine hohe Fluktuation.

Trotz mehrfacher und bundesweiter Ausschreibungen liegen kaum akzeptable Bewerbungen von Ärzten oder gar Fachärzten vor. Der Fachärztemangel ist bekanntermaßen in allen Krankenhäusern landes- und bundesweit ein Problem. Im Maßregelvollzug jedoch, der wenig lukrativ und attraktiv ist, ist dieses Problem besonders gravierend. Die Einrichtungen bemühen sich, Personallücken durch befristete Einstellung von Assistenzärzten, von Diplom-Psychologen und Sozialarbeitern zu kompensieren. Insgesamt stellt sich der Mangel im ärztlichen Bereich jedoch als gravierendes Hindernis in der therapeutischen Arbeit sowie der erfolgreichen Wiedereingliederung und Resozialisierung der Patienten dar.

Eine Problemlösung scheint nur durch die Aufwertung der Tätigkeit in diesem Bereich möglich. Entsprechende Vorschläge hat der Ausschuss in vorangehenden Berichten bereits mehrfach vorgetragen. Da die SALUS gGmbH eine hundertprozentige Tochter des Landes ist, scheint es notwendig, dass sich das Land dieser Problematik verstärkt annimmt.

In Bernburg kommt nach wie vor zusätzlich zu dem Facharztmangel erschwerend hinzu, dass Personalkapazitäten dadurch gebunden werden, dass die richterlichen Anhörungen immer noch in Dessau erfolgen. Hier hatte das Justizministerium bereits vor zwei Jahren zugesichert, Lösungen, wie sie in Uchtspringe gefunden wurden, auch für Bernburg anzuregen. Für Uchtspringe kann positiv angemerkt werden, dass die Richter vom Gericht Stendal zur Anhörung in die Maßregelvollzugseinrichtung kommen, was sowohl dem Personalaufwand als auch dem Sicherheitsbedürfnis sehr entgegen kommt.

In personeller Hinsicht gut entwickelt hat sich die Besetzung im pflegerischen Bereich, in dem Ausbildungsmodelle eingeführt wurden, die jetzt offensichtlich erste Erfolge zeigen. Problematisch ist jedoch, dass in Sachsen-Anhalt die gesamte personelle Ausstattung unterhalb des Personalschlüssels nach PsychPV Forensik berechnet und außerdem die Personalbesetzung nur auf 250 Patienten (Planzahl) zugeschnitten ist. Therapeutisch betreut werden von diesem Personal in Sachsen-Anhalt jedoch zurzeit 300 Patienten. Auch bei Eröffnung der neuen Stationen nach Fertigstellung des nächsten Bauabschnittes ist die personelle Besetzung mit qualifiziertem Personal noch nicht sichergestellt. Eine Möglichkeit dazu könnte die Umsetzung von pädagogisch qualifizierten Angestellten des Öffentlichen Dienstes sein. Vom Ministerium wurde dem Ausschussvorstand mitgeteilt, dass das Land für die weitere Personalentwicklung plant, die demnächst durch Verwaltungsreformen im Öffentlichen Dienst frei werdenden pädagogisch ausgebildeten Angestellten für den Einsatz im Maßregelvollzug zu gewinnen und zu qualifizieren.

Beide forensische Kliniken werden sowohl team- als auch fallsupervidiert, um in dem schwierigen Aufgabengebiet Entlastung zu bringen und qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können.

Ein weiteres eklatantes Problem im Maßregelvollzug stellte sich dem Ausschuss beim Besuch der Einrichtungen bei Patienten dar, die nach § 126 a StPO untergebracht sind und die auf ihr Gerichtsverfahren warten. In Uchtspringe sind davon etwa 25 Personen betroffen. Diese Patienten warten teilweise schon über zwei Jahre auf ihre Gerichtsverhandlung und auf ein Urteil. Die lange Wartezeit stellt sich als erhebliches Hindernis für einen notwendigen schnellen Therapiebeginn, eine erfolgreiche Therapie und Wiedereingliederung dar. Der Ausschuss appelliert mit Nachdruck an die Einrichtungen der Justiz, diesem eklatanten Problem durch schnellere Verfahren Abhilfe zu schaffen.

Als schwierig für Patienten mit schwerem Erkrankungsbild hat sich der Übergang von der gestuften Therapiesituation in die reale Selbstständigkeit erwiesen. Hier wäre zu empfehlen, neben den Außenwohngruppen auch andere Möglichkeiten der Realerprobung zu versuchen. Nachzudenken wäre über Modelle einer Langzeitbeurlaubung, wie es sie z.B. in Nordrhein-Westfalen gibt. Hierfür müsste ggf. auch eine entsprechende Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes Sachsen-Anhalt angeregt werden.

### **III. 4. Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes in Sachsen-Anhalt**

Prof. Dr. Heinz Hennig, Halle; Dr. Nikolaus Särchen, Wittenberg

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) am 01.01.1999 sind die Psychologischen Psychotherapeuten als eigenständiger Heilberuf anerkannt. Damit ist das bisherige Delegationsverfahren im Zusammenhang mit der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung beendet, approbierte Psychologische Psychotherapeuten können die Zulassung bzw. Ermächtigung hierfür und damit die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung Land Sachsen-Anhalt selbst erwerben.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wurden zunächst in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalts die Voraussetzungen für notwendige Besetzungen der entsprechenden Ausschüsse geschaffen, was inzwischen erfolgt ist.

Die Arbeitsgruppe Psychologischer Psychotherapeuten (AGPP) als Zusammenschluss der wesentlichen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände im Land Sachsen-Anhalt hat hierfür Besetzungsvorschläge erarbeitet, das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalts hat inzwischen Berufungen für den Beratenden Fachausschuss, den Zulassungsausschuss und den Berufungsausschuss (bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt) ausgesprochen.

Die in der AGPP zusammengefassten Fach- und Berufsverbände haben sich nach eingehender Diskussion für die Gründung einer eigenständigen Psychotherapeutenkammer im Land Sachsen-Anhalt ausgesprochen. In einer Vollversammlung hatte sich die absolute Mehrheit der psychologischen Psychotherapeuten für die Gründung einer eigenen Kammer im Land Sachsen-Anhalt entschieden. Ein entsprechender Gründungsausschuss hat seine Arbeit aufgenommen.

Inzwischen wurde über das Landesamt für Versorgung im Land Sachsen-Anhalt an 142 psychologische Psychotherapeuten und 2 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten<sup>2</sup>, die den geforderten gesetzlichen Voraussetzungen entsprochen haben, die Approbation erteilt. Eingeschlossen sind sowohl die in eigener Praxis ambulant tätigen als auch die angestellten bzw. beamteten psychologischen Psychotherapeuten. Damit sind vorerst alle derzeit von ihrem Fachkundeerwerb her berechtigten Diplom-Psychologen als psychologische Psychotherapeuten approbiert.

Über den Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt wurden bis zum 09.02.2000 82 approbierte psychologische Psychotherapeuten zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung zugelassen, zusätzlich sind 5 psychologische Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit ermächtigt worden.

Die Anzahl der zugelassenen ärztlichen Psychotherapeuten beträgt 35, die der ermächtigten 10. Die KV Sachsen-Anhalt veröffentlicht regelmäßig den Psychotherapeuten-Versorgungsgrad im Land Sachsen-Anhalt. Daraus geht einerseits hervor, dass derzeit noch in allen Landkreisen Zulassungen möglich sind, andererseits sind auch schon deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Landkreisen erkennbar. Auffällig ist auch die der Berechnungsgrundlage zu Grunde gelegte, vom Kreistyp abhängige, allgemeine Verhältniszahl für Psychotherapeuten. So wird in den Planungsbereichen Halle und Magdeburg (Kreistyp 5) ein Verhältnis von einem Psychotherapeuten auf 3.203 Einwohner, in den Planungsbereichen Altmarkkreis Salzwedel, Anhalt-Zerbst, Stendal, Wittenberg (Kreistyp 9) jedoch von einem Psychotherapeuten auf 23.106 Einwohner zu Grunde gelegt.

---

<sup>2</sup> ein größerer Teil der approbierten und zugelassenen bzw. ermächtigten psychologischen Psychotherapeuten besitzen zusätzlich die Berechtigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Insgesamt zeigt die bisherige Entwicklung weiterhin eine erhebliche Unterversorgung. Besonders gravierend ist sie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Für die Betroffenen bedeutet dies, dass auch zukünftig unrealistisch lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen bzw. eine gezielte psychotherapeutische Intervention ihrer Störung oft nicht erfolgen kann. Unter dem Gesichtspunkt einer zunehmenden Repräsentanz gemeindenaher stationärer und teilstationärer Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie bedeutet dies, dass die in diesen Abteilungen begonnenen psychotherapeutischen Interventionen durch ambulante Psychotherapeuten nur in Ausnahmefällen kontinuierlich fortgesetzt werden können.

Eine Verbesserung der Versorgung im Land Sachsen-Anhalt ist in den nächsten Jahren dadurch zu erwarten, dass weitere psychologische Psychotherapeuten ihre Ausbildung in einem Richtlinienverfahren abschließen werden.

Inzwischen sind für die Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten das Mitteldeutsche Institut für Psychoanalyse (MIP) e.V. in Halle und das Institut für Verhaltenstherapie GmbH Brandenburg, Regionalinstitut Sachsen-Anhalt in Magdeburg, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Ausbildungsstätten im direkten Zugang ermächtigt. Früher angedachte kooperative Zusammenführungen der einzelnen Institute in überregionale Einheiten, etwa als An-Institute an einer Universität o.ä., sind weiter in der Diskussion.

Besonders zu berücksichtigen ist, dass die gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten ein Pflichtpraktikum von einem Jahr in einer psychiatrischen Klinik vorsehen. Eine Anzahl psychiatrischer Kliniken beteiligen sich an der Ausbildung durch Bereitstellung von Praktikumsplätzen. Die Bezahlung der Psychologen im Praktikum ist nach wie vor nicht hinreichend abgesichert. Es ist darauf zu achten, dass die Besoldung der Psychologen im Praktikum auch vom Land Sachsen-Anhalt als Tarifpartner in die anstehenden Tarifverhandlungen eingebracht wird. Entsprechende Probleme betreffen auch die Ausbildung der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

Die angespannte Honorarsituation der letzten beiden Quartale des Jahres 1999 hatte zu einer mancherorts existenzbedrohenden Lage der psychologischen Psychotherapeuten geführt. Versuche zur Konfliktlösung auf den verschiedenen Ebenen, d.h. mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, den Leistungsträgern und politischen Instanzen lassen zumindest für die zukünftige Honorierung eine gewisse Sicherheit erwarten. Dies bedeutet eine hinreichende Budgethöhe, die eine angemessene Punktbewertung der Leistungen garantiert. Zunächst wurde durch einen Schiedsamtsspruch eine Aufstockung des Budgets festgelegt. Es ist abzuwarten, wie die Leistungsträger und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt auf diese Maßnahme reagieren.

Der Ausschuss wird die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt mit Interesse verfolgen.

Der Ausschuss legt Wert auf die Feststellung, dass eine selbstständige Ausübung psychotherapeutischer Leistungen nur psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten gestattet ist. Psychotherapeutische Arbeit unter Anleitung, die andere Berufsgruppen in klinischen Einrichtungen, Beratungsstellen u.a. verrichten, ist hiervon zu trennen.

### III. 5. Acht Jahre Betreuungsrecht

Dr. Dietrich Rehbein, Quedlinburg

Im 4. Bericht, also vor 3 Jahren, hatten Mitglieder des Psychiatrieausschusses erstmals einige Aspekte des seit 1. Januar 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetzes (BtG) unter die Lupe genommen, die Ziele der Reform benannt und dabei auch kritisch hinterfragt, worin wohl die Ursachen für die regional so unterschiedliche Anwendung dieses Gesetzes liegen und ob die Reformziele erreicht worden sind.

Die Besuchskommissionen treffen bei ihrer Tätigkeit immer wieder auf sehr differierende Auffassungen über die Auslegung und Anwendung des Betreuungsgesetzes durch die Einrichtungsträger und die für sie zuständigen Vormundschaftsgerichte und selbst innerhalb der Kommissionen treffen oft konträre Meinungen aufeinander. Gerade deshalb sieht es der Ausschuss als seine Aufgabe an, das Betreuungsrecht immer wieder zu thematisieren und zu diskutieren, was denn dieses Gesetz bewirken sollte und was „dem Wohl des Patienten“ am besten dient.

Zwischenzeitlich ist nun auch das Betreuungsrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten, das das BtG in einigen Bereichen, zum Teil auch zum Nachteil des Betreuten, ändert, aber leider nicht reformiert. Als der Bundesrat im Mai 1998 dem Gesetz zustimmte, stellte er gleichzeitig fest, dass sich die mit der Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechtes verfolgten Ziele durch das BtG nur unzureichend verwirklichen lassen, die Zahl der Betreuungsfälle ständig steigt und der von den Ländern zu finanzierende Kosten- und Verwaltungsaufwand zu den erreichten Verbesserungen der Rechtsposition und Lebenssituation der Betroffenen in keinem Verhältnis stehe.

Der Bundesrat fasste dabei eine EntschlieÙung, die Reformüberlegungen alsbald fortzusetzen und Möglichkeiten zu entwickeln, die Zahl der Betreuungsfälle durch Alternativlösungen zu verringern, den Verwaltungsaufwand im Betreuungswesen zu minimieren und bislang fehlgeleitete Ressourcen sowohl bei Gericht als auch bei den Betreuern im Interesse der Betroffenen für die eigentliche Betreuungsarbeit freizusetzen.

Um nicht den guten Ansatz des BtG scheitern zu lassen, sollten wir alle darüber nachdenken, wo denn wohl Ressourcen fehlgeleitet werden, und dabei müsste doch an erster Stelle über die Ursache der ständig steigenden Zahlen von Betreuungen nachgedacht werden. Allein der Begriff „Betreuung“ suggeriert Zuwendung und Wärme und ich habe bei vielen Besuchen in Einrichtungen oft das Gefühl gehabt, dass z. B. die verantwortlichen Pflegedienstleiterinnen richtig stolz darüber waren, dass fast alle Bewohner eines Heimes einen Betreuer hatten und für die übrigen war „natürlich“ die Betreuung auch schon angeregt.

Woher entsteht z. B. der Unterschied, wenn in zwei fast gleichartig strukturierten Heimen mit ähnlicher Klientel, die von der Besuchskommission 3 aufgesucht werden, in einer Einrichtung von 80 Bewohnern 76 unter Betreuung standen, in der anderen von 80 Bewohnern nur 6 einen Betreuer hatten? Wie viele Betreuungen haben dann inzwischen die einzelnen Betreuer? Sind es vielleicht schon bald wieder 100 (wie bei den früheren Amtsvormundschaften), die dann nur noch vom Schreibtisch betreut werden mit z. T. erheblichen und oft unnötigen Einschränkungen der persönlichen Freiheit der Betroffenen? Sind es unterschiedliche Auslegungen des BtG durch die Vormundschaftsrichter oder ist es die ängstliche Einstellung derjenigen, die oft vielleicht zu früh nach Betreuung rufen und nicht ausreichend gründlich die in § 1896 (2) vorgeschriebene Erforderlichkeit und die Möglichkeit anderer Hilfen überdenken?

Ist die Betreuung erst einmal angeregt und vom Gutachter - der wohl auch nur selten über andere Hilfeformen nachdenkt - befürwortet, wird ein überlasteter Vormundschaftsrichter die Aufgabenbereiche für die Betreuung vielleicht möglichst umfassend beschließen, da er sonst den Vorgang bald wieder auf dem Tisch hat, wenn eine Aufgabenkreiserweiterung (z. B.

durch akute Krankheit) erforderlich wird. Zahlreiche Beispiele können diese Denk- und Verfahrensweisen belegen.

Mitglieder der SPD-Bundesfraktion hatten mit Drucksache 13/3834 eine große Anfrage zum Betreuungsgesetz an die damalige Bundesregierung eingereicht und erhielten am 05.03.1997 eine Antwort, die in den meisten Bereichen völlig unbefriedigend war; hinter zahlreichen Fragen stand die lapidare Antwort: Die Länder haben die zur Beantwortung der Fragen benötigten Angaben nicht zur Verfügung gestellt. Fast alle Fragen sind noch heute offen, aber vielleicht gelingt es - wenn schon nicht auf Bundes- so auf Landesebene - eine Evaluierung dieses „Jahrhundertgesetzes“ (?), zu erreichen.

Im Interesse der Betroffenen, deren Rechte wir als Psychiatrieausschuss vertreten, wäre es interessant zu wissen, ob die Betreuungsvereine und -behörden ihrer Pflicht nach Werbung von ehrenamtlichen Betreuern nachkommen oder ob das Gericht wegen fehlender ehrenamtlicher Betreuer den Betreuten den meist wesentlich teureren Berufsbetreuer zuordnen muss (was besonders den vermögenden Betreuten aber auch die Staatskasse trifft). Oder ist umgekehrt zu befürchten, dass ein mittelloser Betreuer in Zukunft den schlechter bezahlten und meist auch schlechter qualifizierten Betreuer erhält? Sind Vereine und ihre Berufsbetreuer an Ehrenamtlichen überhaupt noch interessiert, wenn sie selbst durch die neuen Regelungen der Vergütung in ihrer Existenz bedroht sind und zum Überleben möglichst viele Betreuungen selbst führen müssen?

Wie und wann soll ein Betreuungsverein, der im Lande Sachsen-Anhalt keine Förderung mehr erhält, noch die so genannten Querschnittsaufgaben wahrnehmen, wenn die dafür benötigte Zeit nicht bezahlt wird, und warum sollte er „planmäßig über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen informieren“ (gemäß § 1908 F (1) 2a), wo er doch Betreuungen braucht! Wie kommt das Land seinen in § 2 des Ausführungsgesetzes zum BtG festgeschriebenen Verpflichtungen nach, für ein ausreichendes überörtliches Angebot zur Fortbildung der Betreuer zu sorgen?

Alle diese und weitere Fragen wirft das BtG, das BtG-Änderungsgesetz und auch das Berufsvormündervergütungsgesetz auf und Komplikationen bei der Einleitung eines Betreuungsverfahrens sind praktisch vorprogrammiert.

Nicht passieren darf, dass die Rechtsstreitigkeiten und die Widersprüche der Betreuer gegen ihre nicht mehr kostendeckenden Stundensätze zu Lasten der Betreuten gehen, dass Betreuer eine Unzahl von Betreuungen führen müssen und persönliche Kontakte kaum noch möglich sind, dass z. B. die Rehabilitation eines Betreuten daran scheitert, dass der Staat zehn Jahre lang Rückgriff auf sein Geld hat, wenn sich seine finanzielle Situation bessern sollte, und dass Betreuungen aus Zeit- und Kostengründen die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen wieder soweit einschränken, dass wir erneut in die oft entwürdigende Situation geraten, wie sie durch das 100 Jahre alte BGB entstanden war.

Wir erwarten, dass Regierung und Parlament dafür Sorge tragen, dass dieses wohlgemeinte Gesetz auch dem Wohle der ca. 20.000 bis 30.000 Betreuten im Lande dient und sie, soweit es irgend geht, selbst darüber entscheiden, was für sie gut oder schädlich ist.

### III. 6. Sozialrechtliche Fragen der Eingliederungshilfe für Behinderte

Erhard Grell, Vizepräsident des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt, Halle

Die um die Eingliederungshilfe für Behinderte kreisenden Rechtsfragen sind mannigfaltig, vielgestaltig und kompliziert. Allen diesen Fragen auch nur ansatzweise gerecht werden zu wollen, würde den Umfang eines Beitrages zum Jahresbericht des Psychiatrieausschusses bei weitem sprengen. Deshalb können im Folgenden nur einige wenige Fragen aus diesem Problembereich angerissen werden.

Nach dem im Jahre 1994 in das Grundgesetz eingefügten Satz 2 des Artikels 3 Absatz 3 des Grundgesetzes darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. § 17 Absatz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet die Leistungsträger, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell erhält und der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird. Die geltende - einfachgesetzliche - Gesetzeslage für die Eingliederungshilfe für Behinderte erweckt Zweifel, ob auf ihrer Grundlage für die handelnden Sozialhilfeträger das verfassungsrechtliche Gebot und die Verpflichtung aus dem SGB I erfüllbar sind. Diese Zweifel ergeben sich aus einer vom Gesetzgeber der handelnden Verwaltung vorgegebenen, sehr stark ausdifferenzierten und damit unübersichtlichen gesetzlichen Regelungsdichte, etwa bei der Frage der Beteiligung der Hilfebedürftigen an den Kosten der Maßnahmen. Dies trägt nicht zur Förderung eines niedrighschwelligem Angebots bei. Probleme gibt es auch bei der Abgrenzung der einzelnen Hilfearten zueinander und der damit zusammenhängenden Frage, wer der zuständige Träger der Hilfe und damit der Ansprechpartner des Hilfesuchenden ist.

Die Eingliederungshilfe für Behinderte ist als Teilbereich der **Hilfe in besonderen Lebenslagen** im **Bundessozialhilfegesetz** (BSHG) geregelt (§§ 27 Absatz 1 Nr. 6, 39 bis 47 und 123 bis 126b BSHG). Für diese Hilfeart gelten deshalb zunächst die für das gesamte Sozialhilferecht gültigen allgemeinen Grundsätze. Dies sind der - insbesondere von den Kostenträgern immer in den Vordergrund gerückte - Nachranggrundsatz (§ 2), das Gebot der Ausrichtung der Hilfe an den Besonderheiten des Einzelfalls (§ 3 Absatz 1), das Wunschrecht des Hilfeempfängers (§ 3 Absätze 2 und 3), der Vorrang der offenen vor der stationären Hilfe (§ 3a) und das Prinzip der familiengerechten Hilfe (§ 7).

Als Ausprägung des allgemeinen Nachranggrundsatzes macht § 28 Absatz 1 Satz 1 BSHG die Gewährung von Sozialhilfe in der Form der Hilfe in besonderen Lebenslagen - also auch der Eingliederungshilfe für Behinderte - davon abhängig, dass dem Hilfesuchenden, seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten und bei minderjährigen und unverheirateten Personen auch seinen Eltern die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Bestimmungen der §§ 76 bis 89 BSHG nicht zugemutet werden kann.

Besonderheiten gelten für die so genannte **erweiterte Hilfe**. Sie liegt dann vor, wenn die Behinderung die Gewährung der Eingliederungshilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (sog. Heimhilfe) oder einer Tageseinrichtung für Behinderte erfordert. Dabei fallen unter den Begriff der Tageseinrichtung für Behinderte die Werkstätten für Behinderte, Tagesförderstätten für Behinderte, Tagessonderschulen, Sonderkindergärten und auch integrative Kindereinrichtungen. In diesen Fällen ist die Hilfe vom zuständigen Leistungsträger auch dann im vollen Umfang zu gewähren, wenn in Anwendung des § 28 BSHG den dort genannten Personen die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. Allerdings haben sie grundsätzlich in Höhe dieses Teils zu den Kosten der Hilfe beizutragen (§ 43 BSHG).

Weiter zählt der § 43 Absatz 2 BSHG vier Fallgruppen auf, bei denen aus sozialpolitischen Gründen (Verbesserung der wirtschaftlichen Situation behinderter Kinder) bei Behinderten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres nur zu den Kosten des in der Einrichtung gewährten Lebensunterhalts bis zur Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen herangezogen werden darf. Zu den Kosten der pädagogischen und sozialen Betreuung und

eventueller arbeitstherapeutischer Maßnahmen darf in diesen Fällen kein Kostenbeitrag gefordert werden.

Außerhalb der Bestimmungen des § 43 Absatz 2 BSHG gibt es eine weitere Besonderheit bei der Frage des Einsatzes von Vermögen beim Besuch einer **Werkstatt für Behinderte**. Allgemein legt § 88 Absatz 2 Nr. 8 BSHG fest, dass die Gewährung von Sozialhilfe und damit auch von Eingliederungshilfe nicht abhängig gemacht werden darf vom Einsatz sog. kleinerer Barbeträge (zurzeit 4.500 DM). Weiterhin sind auch höhere Beträge dann geschützt, wenn deren Einsatz für die Betroffenen eine Härte bedeuten würde. Bei den Hilfen in besonderen Lebenslagen ist eine Härte dann anzunehmen, wenn der Vermögenseinsatz eine angemessene Lebensführung oder die Aufrechterhaltung einer angemessenen Alterssicherung (z.B. durch Einsatz einer erst im Rentenalter fälligen angemessenen Lebensversicherung) wesentlich erschweren würde. Darüber hinaus ist bei der Gewährung von Eingliederungshilfe in der Form der Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte - und damit **nur für diese Hilfeart** - immer dann regelmäßig eine Härte anzunehmen, wenn das einzusetzende Vermögen den zehnfachen Betrag des kleinen Barbetrages (45.000 DM) nicht übersteigt.

Die Entstehungsgeschichte dieser Einzelbestimmung erhellt schlaglichtartig, dass die Frage des Nachranggrundsatzes bei der Eingliederungshilfe insgesamt der Revision durch den Gesetzgeber bedarf: Vor Einführung dieser Vorschrift war die Mehrzahl der Hilfeträger dazu übergegangen, beim Besuch einer Werkstatt für Behinderte in diesen Fällen generell eine Härte anzunehmen. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Praxis der allgemeinen Annahme eines Härtefalls wohl zu Recht (eine Härtefallprüfung ist immer die Prüfung des Einzelfalles) für unzulässig erklärt. Durch die Einfügung des § 88 Absatz 3 Satz 3 BSHG ist diese Entscheidung vom Gesetzgeber ausgehebelt worden. Diese „Privilegierung“ nur der Werkstattbesucher gegenüber anderen Leistungsbeziehern von Eingliederungshilfe ist verfassungsrechtlich bedenklich. Der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Absatz 1 Grundgesetz schließt zwar nicht jede Ungleichbehandlung durch den Gesetzgeber aus. Es müssen jedoch zwischen den ungleich Behandelten Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass diese die ungleiche Behandlung rechtfertigen können. Dies ist hier zweifelhaft, weil die im Gesetzgebungsverfahren genannten Gründe (ein Zugriff auf das Vermögen wird als ungerecht empfunden, negative Auswirkungen auf die Motivation) auch für andere Hilfearten der Eingliederungshilfe (zum Beispiel den Besuch einer Tagesstätte) Geltung beanspruchen können.

**Verschiedene Hilfearten** der Eingliederungshilfe können auch nebeneinander gewährt werden. So schließen sich die gleichzeitige Inanspruchnahme einer Maßnahme des Betreuten Wohnens und der Besuch einer Tagesstätte nicht gegenseitig aus. Problematisch ist in diesem Fall allerdings, dass für die Maßnahmen die Zuständigkeit verschiedener Kostenträger gegeben ist. Bei einer Tagesstätte handelt es sich um eine teilstationäre Einrichtung, für die gemäß § 100 Absatz 1 Nr. 1 BSHG der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist. Demgegenüber stellt das Betreute Wohnen eine ambulante, nicht von § 100 Absatz 1 BSHG erfasste Maßnahme dar, so dass deren Finanzierung in die Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe fällt. § 100 Absatz 2 BSHG, der die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers bei einer nach § 100 Absatz 1 BSHG begründeten Zuständigkeit auf alle anderen erforderlichen Hilfen nach BSHG erstreckt, greift in diesen Fällen ausdrücklich nicht ein, da es sich bei der Tagesstätte um eine Einrichtung der teilstationären Betreuung handelt. Diese Problematik wird zwar durch die in Sachsen-Anhalt erfolgte Heranziehung der örtlichen Träger der Sozialhilfe auch zu Teilen der eigentlich dem überörtlichen Träger obliegenden Aufgaben abgemildert, jedoch nicht beseitigt.

Durch die Einstellung der Eingliederungshilfe für Behinderte in das BSHG unterfällt sie den **restriktiven Strukturprinzipien der Sozialhilfe**. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist Sozialhilfe regelmäßig eine von einer gegenwärtigen Notlage ausgelöste, aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte öffentliche Nothilfe. Sie soll keine rentengleiche wirtschaftliche Dauerleistung sein, vielmehr ist ein Sozialhilfefall gleichsam täglich erneut regelungsbedürftig. Bei der bei geistig (und vielfach auch bei seelisch) Behinderten in der Regel lebenslang erforderlichen Hilfe kann aber kaum von einer nur „gegenwärtigen Notlage“



gesprochen werden, noch wird der Begriff einer „öffentlichen Nothilfe“ der Problematik gerecht. Ebenso wenig kann man den Leistungen regelmäßig den Charakter von Dauerleistungen absprechen. Deshalb stellt die Ansiedlung der Eingliederungshilfe für Behinderte in der Sozialhilfe einen mindestens sozialpolitisch beklagenswerten Zustand dar, der dringend der Änderung bedarf. In diese Richtung weist auch der dem Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz im Jahre 1994 angefügte Satz 3, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Es bleibt nur zu hoffen, dass der Bundesgesetzgeber mit der geplanten Neuordnung des Rehabilitationsrechts in einem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches diesen unbefriedigenden und verfassungsrechtlich bedenklichen Zustand beenden wird.

Auch die Verteilung der Aufgaben der Sozialhilfe auf einen überörtlichen und einen örtlichen Träger stellt ein Relikt der Vergangenheit dar, für das keine Notwendigkeit mehr besteht. Vielmehr sollte die Aufgaben- und Finanzverantwortung auch für die stationären und teilstationären Hilfen weitestgehend bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe konzentriert werden, was aber auch eine angemessene Finanzausstattung der Kreise und kreisfreien Städte zur Bewältigung dieser Aufgaben bedingt.

Bei einer solchen Aufgabenkonzentration wären beispielsweise die Turbulenzen, wie sie durch den plötzlichen und völlig überraschenden Rückzug des Landes aus der Finanzierung der Maßnahmen des Betreuten Wohnen im Jahre 2000 entstanden sind, von vornherein vermieden worden.

Die Landesregierung wird gebeten, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (Neuordnung des Rehabilitationsrechts) im Bundesrat darauf hinzuwirken, dass die Eingliederungshilfe für Behinderte aus der Sozialhilfe herausgelöst und unter Aufgabe von deren restriktiven Strukturprinzipien (insbesondere des Nachranggrundsatzes) in diesem neuen Gesetzbuch geregelt wird.

### **III. 7. Enthospitalisierung - Stand, Trends und Probleme beim Aufbau der ambulanten, komplementären Versorgungsstrukturen in den Regionen**

Frau Gerda Krause, MdL; Frau Brunhilde Liebrecht, MdL; Dr. Uwe Nehler, MdL

Mit dem politischen Neuanfang 1990 auf dem Gebiet der früheren DDR war auch eine umfassende Reform der psychiatrischen Krankenversorgung mit geradezu einem Paradigmenwechsel in der Versorgung, Unterbringung und vor allem in der Frage der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit den unterschiedlichsten Formen einer Behinderung angesagt, wie sie Jahre zuvor auch in den Ländern der alten Bundesrepublik eingeleitet worden war. Im Mittelpunkt stand und steht noch heute zweifellos ein Prozess der Entflechtung einer Vielzahl von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen mit einer häufig scheinbar völlig wahllos untergebrachten und langfristig hospitalisierten Patientenklientel und parallel dazu ein Prozess der Enthospitalisierung dieser in der DDR-Gesellschaft fast regelmäßig in Heimen „versteckten“ Menschen vor allem mit geistigen oder seelischen Behinderungen sowie mit mehrfachen Behinderungen oder chronischen Suchtschädigungen.

Vieles ist in den zurückliegenden zehn Jahren durch die gemeinsamen Anstrengungen von Politik und den neu sich etablierenden Leistungserbringern sowie verschiedenen Kostenträgern zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Menschen getan worden.

In den vorangegangenen Berichten des Ausschusses für die Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung ist mit Blick auf die Durchsetzung der Psychiatrie-Enquete nun auch in den neuen Bundesländern die Bewältigung noch bevorstehender Aufgaben recht optimistisch eingeschätzt worden. Konkrete Beispiele für den stattfindenden Strukturwandel waren neben der politisch beschlossenen Abschaffung von so genannten „Langzeiteinrichtungen“ (LZE) und der Enthospitalisierungs-Richtlinie vom 01.09.1997 bemerkenswerte Ansätze und eindeutige Bekenntnisse - nicht zuletzt in den „Teilplänen“ der Landesregierung Sachsen-Anhalt zur Versorgung behinderter Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe – in Richtung einer Schwerpunktverlagerung zu alternativen und komplementären Versorgungsmöglichkeiten. Insbesondere sollten abgestuft betreute Wohnformen, Begegnungsstätten mit tagesstrukturierenden Angeboten, aktivierende und rehabilitativ orientierte personenbezogene Hilfen einer weiteren ungerechtfertigten Ausweitung stationärer Unterbringungskapazitäten entgegenwirken, darüber hinaus vor allem auch mehr Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen stationären und ambulanten sozialen Eingliederungshilfen ermöglichen.

Unter diesem Blickwinkel einer eigentlich klar formulierten Aufgabenstellung muss derzeit kritisch festgestellt werden, dass die Enthospitalisierung in den letzten Jahren entschieden zu wenig konsequent betrieben worden ist. Es wurden zwar neue Strukturen geschaffen, jedoch mit weiter bestehender (oder bereits wieder erneut sich herausbildender) Kopflastigkeit der stationären Unterbringung und Versorgung der Betroffenen in fast allen Behindertenbereichen. Dieses dürfte offensichtlich sowohl als Effekt einer starken Anbieterorientiertheit des gesamten Versorgungssystems als auch der unzureichenden politischen Gegensteuerung bzw. sogar einer fördermittelinduzierten Fehlsteuerung geschuldet sein.

**Entscheidend ist allerdings, dass im Gegensatz zur expandierenden Entwicklung in der stationären Versorgung - trotz eindeutiger Bedarfs- und Bedürfnissituation - immer weniger ambulante Wohn- und Betreuungsangebote be- bzw. entstehen, wodurch der eigentlich angestrebte Enthospitalisierungsprozess deutlich gebremst wird. Nachfolgend werden wieder zunehmend behinderte und chronisch kranke Menschen neu hospitalisiert, anstatt sie ambulant und sozial integriert zu versorgen.**

Anlässlich der Beratung des Psychiatrieausschusses am 23. März 2000 wurden vom Ausschussvorsitzenden die einfach unglaublichen Zahlen zitiert, dass es in Sachsen-Anhalt je 100.000 Einwohner inzwischen wieder ca. 250 stationäre Versorgungsplätze in Einrichtungen, dagegen jedoch nur acht bis zehn (!) ambulant betreute Wohnplätze gibt.

**Diese völlig unakzeptable Situation spiegelt deutlich wider, dass Enthospitalisierung eigentlich in Sachsen-Anhalt nicht stattfindet und den objektiven Lebensinteressen der Betroffenen in völlig unzureichender Weise entsprochen wird!**

Dieses ohnehin schon krasse Missverhältnis wird in den nächsten Monaten und Jahren zusätzlich verschärft durch den Wegfall der (freiwilligen) Landesförderung für ambulant betreute Wohnplätze, die per Richtlinie vom September 1997 eingeführt und im Landeshaushalt 2000 – weil Pflichtaufgabe der kommunalen Gebietskörperschaften – wieder gestrichen worden sind. Die Kommunen werden, da sie selbst unter zunehmender Mittelknappheit leiden, diesen im Sinne von Enthospitalisierung, Integration und sozialer Rehabilitation der Betroffenen so wichtigen und auch aus volkswirtschaftlicher Sicht mittelfristig weitaus kostengünstigeren komplementären Versorgungsbereich nicht weiter ausbauen, sondern voraussichtlich die geschaffenen Kapazitäten sogar wieder in Frage stellen. Damit ist abzusehen, dass sich wiederum ein – scheinbar – erhöhter Bedarf auf die stationäre, damit Heimversorgung orientieren wird und dass schließlich weitere Investitionen und vor allem weiter steigende überörtliche Sozialhilfekosten – für die Kostensätze der stationären Eingliederungshilfe – den Landeshaushalt in Dimensionen belasten werden.

**Diese Entwicklung mit deutlichen Ausgabenanstiegen genau an dieser Stelle des Landeshaushaltes war bereits in den letzten Jahren auffällig und von den Fachleuten kritisiert worden.**

Der Finanzminister und auch die Abgeordneten des Landtages dürften diese Kostenerhöhungen als „Pflichtaufgaben“ abhaken - offensichtlich nicht ahnend, wie sich der Mechanismus dieser Kostenexpansion begründet und dass er eigentlich vermeidbar ist.

**Das Argument des Magdeburger Sozialministeriums gegen die vehemente Einforderung einer Fortsetzung der Landesförderung für das ambulant Betreute Wohnen, nicht zuletzt durch die Vertreter des Landespsychiatrieausschusses, dieses sei Aufgabe der Kommunen, ist zwar formal richtig und dennoch zwingend kontraproduktiv, da es die Landesausgaben an anderer Stelle – in der überörtlichen Sozialhilfe für stationäre Eingliederungshilfe – ungleich höher belastet.**

Wenn also landesweit im Behindertenbereich in der Tat „des scheinbar Guten zu viel“ (viele neue, modern eingerichtete Behinderteneinrichtungen im Land) getan wurde und wird, soll heißen, dass

- objektiv überbedarftliche Investitionen für inzwischen sich wieder etablierende stationäre Überkapazitäten mit nachfolgend
- ebenso überschießenden Folgekosten für die stationäre Unterbringung/ Eingliederungshilfe von Behinderten und chronisch psychisch Kranken gefördert werden,

so entspricht dieses **n i c h t** dem Bedürfnis der Betroffenen nach einer weitgehenden eigenständigen Lebensführung, nach wirklicher Eingliederung und gesellschaftlicher Teilhabe. Auch dem nachweisbaren Bedarf nach mittelfristig deutlich kostengünstigeren ambulanten Wohn- und Betreuungsformen wird man damit nicht gerecht.

**Die Ursachen für die Fehlentwicklung liegen**

**1. in der nach wie vor dogmatisch gehandhabten Kostenträgertrennung von örtlicher und überörtlicher Sozialhilfe im Eingliederungsbereich :**

Wenn die Landkreise (als örtlicher Sozialhilfeträger) unzureichend Gelder bereitstellen (können), um Voraussetzungen für eine angemessene Anzahl von ambulanten Wohn- und Betreuungsplätzen und die Versorgung dieser Behinderten zu sichern, wird ein weitaus höherer (mehrfacher) Kostenaufwand erforderlich, um die derart Betroffenen „ersatzweise“ meist dauerhaft stationär und zu Lasten nunmehr des überörtlichen Sozialhilfeträgers zu versorgen,

**2. in der von der Politik unkritisch bewerteten Argumentation vieler Leistungserbringer von stationärer Eingliederungshilfe (zur Legitimation der objektiven Erforderlichkeit ihrer Einrichtungen sowie deren Platzkapazitäten), für die jedoch in ihrer Gesamtkapazität kein objektiver Bedarf besteht.**

Leistungsanbieter zeigen i.d.R. keine Tendenzen, einmal stationär aufgenommene Behinderte wirklich im Sinne einer zukünftigen eigenständigen Lebensführung zu aktivieren, zu rehabilitieren (Barriere ist mitunter schon die schrittweise Befähigung eines Heimuntergebrachten zu einer Werkstattarbeit) und schließlich zu enthospitalisieren, sondern im Gegenteil, sie „legitimieren“ sowohl ihr Belegungsverhalten als auch fehlende Bemühungen um Aktivierung, Rehabilitation und letztlich um Enthospitalisierung mit der angeblichen Willensbekundung der Betroffenen „... dass diese aus dem Heim nicht herauswollen ....“.

(Positive Ausnahmen sind z.B. zu nennen: „Schloss Hoym“ sowie die WfB mit angeschlossenem Wohnheim in Weddersleben und andere.

Negative Extrembeispiele zeigten sich u.a. in Schielo wie auch in einer Einrichtung in Wernigerode.)

Der überörtliche Sozialhilfeträger (das Land) wird allein dadurch, dass er **additiv zu den bestehenden Überkapazitäten in der stationären Versorgung** als freiwillige Leistung **ambulant Betreutes Wohnen fördert, keine Umsteuerung dieses Prozesses erreichen** – dem werden die Betreiber stationärer Einrichtungen (in der Summe die besagten Überkapazitäten) mit Neuaufnahmen – ggf. auch aus Nachbarländern oder mit „bunten“ Belegungen völlig unterschiedlicher Klientele wie in Schielo – zu begegnen wissen.

Eine Steuerung erfolgt nur, wenn parallel zu den dringlichst zu schaffenden ambulant betreuten Wohnplätzen – wie in „verbundenen Gefäßen“ - konsequent eine vergleichbare Anzahl von Heimplätzen **reduziert** wird.

**Die dabei – durch Einsparung in der stationären Eingliederungshilfe – frei werdenden Gelder müssen zunächst in die neu zu schaffenden ambulanten Strukturen reinvestiert werden. Nur durch eine solche sinnvolle Kopplung der örtlichen und der überörtlichen Sozialhilfekosten – ohne dass der eine Kostenträger die Verantwortung auf den anderen verschiebt – wird ein wirklicher Strukturwandel erfolgen können und es werden sowohl insgesamt volkswirtschaftliche Mittel einzusparen sein sowie gleichzeitig verbesserte Lebensbedingungen und vor allem eine bessere Integration der Behinderten ermöglicht.**

Bleibe die Frage, **wer** im Land diese Umsteuerung initiieren bzw. durchsetzen sollte und könnte.

**1. Die Landesebene, der überörtliche Sozialhilfeträger** mit seiner derzeit aus finanzpolitisch zumindest fragwürdigen Einstellung, sich aus so genannten freiwilligen Aufgaben zurückziehen zu müssen?

Diese Möglichkeit dürfte begrenzt sinnvoll und erfolgreich sein, weil Administration in diesem Bereich den Blick für den realen Bedarf „vor Ort“, also in den Versorgungsregionen mit unterschiedlichem Versorgungsprofil hinsichtlich der verschiedenen Klientelbereiche, verhindern wird.

Gleichwohl muss die Initiative zu einer wirkungsvollen Umsteuerung im Sinne der Durchsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ von der Landesregierung Sachsen-Anhalt ausgehen. Insbesondere bedarf es politischer Konzepte zur Schaffung von Voraussetzungen für eine vernünftige komplementäre Finanzierung anteilig durch die Sozialhilfeträger beider Ebenen und für vernunftgetragene Versorgungsstrukturen, die sich sowohl am individuellen Bedürfnis der Betroffenen (personen- statt einrichtungsbezogene Hilfe) als auch am volkswirtschaftlich Sinnvollen und Erforderlichen orientieren.

**2. Die Regionalebene (Landkreise möglichst im Verbund)**

mit zwischen Gesundheits- und Sozialämtern abgestimmter Sichtweise bezüglich sowohl des individuellen Bedarfes (personenzentrierte Hilfe) der Betroffenen und ihrer Entwicklungsmöglichkeiten als auch des regionalen Betreuungsbedarfes insgesamt für die einzelnen Behindertengruppen im ambulanten wie im stationären Betreuungssektor **im Sinne einer „dynamischen Bedarfsanalyse“**,

sowie

mit kritischer Begleitung der einzelnen, insbesondere der stationären Leistungsanbieter bezüglich ihrer Einrichtungsbelegung und der Integrations- bzw. Enthospitalisierungsangebote, ihrer diesbezüglichen Bemühungen und Erfolge sowie letztlich schlussfolgernd der objektiv erforderlichen Platzkapazität am Standort.

**E i n Weg der Umsteuerung** könnte über ein für die jeweilige Region (mehrere Landkreise als Psychiatrie-Verbund) zu vergebendes und jährlich in seiner Wirkung zu überprüfendes Gesamtbudget des örtlichen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers laufen. Im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung ist – über zu installierende, ehrenamtlich arbeitende Fachberatungsgremien – sowohl hinsichtlich zu tätiger Investitionen im gesamten Bereich der psychiatrischen Kranken- und Behindertenversorgung als auch der laufenden Aufwendungen für die Eingliederungshilfe im ambulanten wie im stationären Sektor autonom zu entscheiden. Damit wird auf dieser Ebene auch über die weitere Belegung sowie die zukünftige Entwicklung aller vorhandenen bzw. erforderlichen Versorgungskapazitäten zu entscheiden sein. In Übereinstimmung zwischen den Fachberatungsgremien, den politischen Entscheidungsträgern auf Kommunalebene und der Fachaufsicht auf Landesebene werden somit für den erforderlichen Strukturwandel die Voraussetzungen geschaffen – **weg von den derzeitigen stationären Überkapazitäten und der zwangsläufig daraus resultierenden Überversorgung, hin zu einer verstärkten ambulanten Betreuung im Sinne vor allem von ambulant betreuten Wohnformen, tagesstrukturierenden Angeboten und sozialer Integration !**

Ein kurzfristig zu installierendes Modellprojekt dieser Art wäre anzuraten.

#### **IV. Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick.**

Eine Erhebung mit dem „European Services Mapping Schedule“ ESMS

Felix M. Böcker<sup>1</sup>, Fanny Jeschke<sup>2</sup>, Peter Brieger<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut Naumburg und Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt

<sup>2</sup> Neurologische Klinik am Martha-Maria-Krankenhaus Halle

<sup>3</sup> Funktionsbereich Sozialpsychiatrie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Halle

##### **Zusammenfassung:**

**Zielsetzung:** Ein Gesamtüberblick über die ambulante, klinische und so genannte komplementäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von 24 Regionen – Landkreisen und kreisfreie Städte – des Landes Sachsen-Anhalt.

**Methode:** Zuordnung von 365 Einrichtungen und Diensten zu den Kategorien des „European Services Mapping Schedule“ ESMS anhand von Informationen aus Besuchsprotokollen des „Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung“ aus den Jahren 1996 bis 1998. Berechnung von bevölkerungsbezogenen Kennziffern.

**Ergebnisse:** Die Besuchsprotokolle als Datenquelle und das ESMS als Klassifikationsinstrument waren brauchbar, die Interrater-Reliabilität hoch. Vergleiche mit der Statistik des Landesamtes für Versorgung und Soziales belegen die Validität der Befunde.

Die ambulante Versorgungsdichte war mit 4 Nervenärzten und 3 Psychologen pro 100.000 Einwohner auf niedrigem Niveau regional unausgewogen mit Konzentration in den Ballungsgebieten. Die klinische Versorgung mit 48 Akutbetten, 13 elektiven Betten und 13 Tagesklinikplätzen für 100.000 Einwohner war geprägt von einer zum Teil deutlichen Bettenknappheit im Süden und Osten des Landes. In Wohnheimen für Behinderte für einen Daueraufenthalt mit ständiger Personalpräsenz lebten 240, in allen anderen Wohnformen zusammen nur 24 von 100.000 Einwohnern, mit extremen Unterschieden zwischen den Regionen. Unter den Heimbewohnern waren vier Fünftel als „geistig behindert“ eingestuft; für diese Gruppe lassen die Daten eine Überversorgung im Sinne einer anhaltenden Hospitalisierung vermuten. Die Plätze in Werkstätten für Behinderte korrespondierten mit der Anzahl der Heimbewohner; andere Formen geschützter Arbeit fehlten fast ganz; Angebote für Tagesstruktur/Kontaktstiftung waren sporadisch vorhanden. Über die Arbeit von sozialpsychiatrischen Diensten, Suchtberatungsstellen und Institutsambulanzen erlaubt die Datenbasis noch keine quantitativen Aussagen.

**Schlussfolgerungen:** Aus den im Ausschuss verfügbaren Informationen konnte mit dem ESMS eine Bestandsaufnahme erstellt werden, die künftig regelmäßig aktualisiert werden soll, um die dynamische Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt zu verfolgen als Voraussetzung für planende und steuernde Eingriffe. Vorgeschlagen wird die Berücksichtigung des ESMS bei der Einführung einer sozialpsychiatrischen Basisdokumentation.

##### **Einführung:**

Seit 1993 sammeln die Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt Informationen über Einrichtungen, die der ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung des Landes dienen. Das von der Geschäftsstelle erarbeitete Einrichtungs-Register stellt eine relativ vollständige Zusammenstellung solcher Einrichtungen dar.

Gestützt auf die Berichte der Besuchskommissionen, versucht der Ausschuss seit 1997, neben der Betreuungsqualität in den einzelnen Einrichtungen auch die Betreuungsangebote und die Qualität der Versorgung in den Regionen zu beurteilen und dabei zu überprüfen, wie die kommunalen Gebietskörperschaften ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge für ihre kranken und behinderten

Bürger nachkommen. Die Frage, ob die psychiatrische Versorgung der Region sichergestellt ist und ob sie in den verschiedenen Bereichen bedarfsgerecht, wohnortnah, differenziert und koordiniert gestaltet ist, kann bisher allerdings nur impressionistisch beantwortet werden [1, 2, 3].

Als Instrument, um psychiatrische Dienste zu erfassen und hinsichtlich ihrer Funktion unabhängig von sprachlichen und sozialrechtlichen Regelungen international vergleichbar zu beschreiben, steht seit kurzem das ESMS (European Services Mapping Schedule [4]; etwa: europäisches Schema zur Kartierung von Diensten) zur Verfügung<sup>3</sup>. Das ESMS erlaubt es, ganz verschiedene Versorgungsformen anhand operationalisierter Kriterien einzuordnen, und es bezieht die Zahl der versorgten Personen auf die Einwohner der Region (Plätze bzw. Kontakte pro 100.000 Einwohner). Anhand dieses Instruments soll das vom Ausschuss gesammelte Material aufbereitet werden.

### **Fragestellung:**

- Im ersten Schritt verfolgt die Untersuchung das Ziel festzustellen, ob die Datenquelle – Besuchsprotokolle der Besuchskommissionen des Ausschusses – überhaupt die für eine Kartierung von Diensten benötigten Informationen enthält. Wir erwarten eine Beschreibung der in Sachsen-Anhalt zu einem Stichtag bekannten (besuchten) psychiatrisch-psychotherapeutischen Dienste nach ihrer Funktion (Stellung im Versorgungsbaum) und ihrem quantitativen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung.
- Im zweiten Schritt können – etwa mit Hilfe von Rangreihen - die Versorgungs-Regionen innerhalb des Landes miteinander verglichen werden. Als Regionen sollen entsprechend des Psychiatrie-Planes [5] die 21 Landkreise und drei kreisfreien Städte des Landes betrachtet werden. Hierher gehört auch die Frage, ob die Regionen anhand ihrer „Psychiatrie-Ausstattung“ bestimmten Typen zugeordnet werden können.
- Ein dritter Schritt besteht in der Suche nach Faktoren, die für die Ausstattung mit psychiatrischen Diensten möglicherweise von Bedeutung sind.

Wenn künftig Vergleichsdaten aus anderen deutschen oder europäischen Ländern zugänglich gemacht werden, kann die Versorgungsdichte von Sachsen-Anhalt sogar mit der in anderen Versorgungsregionen verglichen werden.

### **Material und Methoden:**

Bundesland Sachsen-Anhalt: Sachsen-Anhalt ist nach dem Beitritt der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik zur Bundesrepublik Deutschland aus den Bezirken Halle und Magdeburg hervorgegangen. Auf einer Fläche von mehr als 20.000 Quadratkilometern leben knapp 2,7 Mio. Einwohner; die Bevölkerung ist in den zehn Jahren seit der „Wende“ um rund 10 % geschrumpft. Als Großstädte sind Halle und die Landeshauptstadt Magdeburg zu nennen, als weitere kreisfreie Stadt Dessau. Von 21 Landkreisen erreichen nur zwei eine Bevölkerungsdichte von mehr als 200 EW/qkm; in sieben Landkreisen leben weniger als 100 Menschen pro Quadratkilometer (Abb. 1). Vor allem die Altmark zählt zu den besonders dünn besiedelten Gebieten Europas. In wirtschaftlicher Hinsicht beansprucht das Land unter den neuen Bundesländern die rote Laterne mit einer anhaltend hohen Arbeitslosenquote (über 20 %).

Tätigkeit der Besuchskommissionen und Entstehung der Protokolle: Grundlage für die Arbeit des Ausschusses ist das Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) vom 30.01.1992:

§ 1 Anwendungsbereich: Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen;

---

<sup>3</sup> Herrn Prof. Dr. Michael von Cranach, Kaufbeuren, danke ich herzlich für den Hinweis auf das ESMS und die Überlassung der Originalfassung. F.M.B.

2. Schutzmaßnahmen bis hin zur Unterbringung für Personen, die an einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne der Nr. 1 leiden. ...

§ 29 Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung: Berufung und Aufgaben

(1) Das Ministerium für Arbeit und Soziales beruft einen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

(2) Der Ausschuss prüft, ob die in § 1 Nr. 1 genannten Personen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes behandelt und betreut werden. Er soll für die Belange dieses Personenkreises eintreten und bei der Bevölkerung Verständnis für die Lage psychisch kranker und behinderter Menschen wecken.

(3) Der Ausschuss bildet für die Krankenhäuser und Einrichtungen, die der psychiatrischen Krankenversorgung dienen, Besuchskommissionen. ...

Zu den 24 Mitgliedern des Ausschusses zählen derzeit acht Fachärzte für Psychiatrie, darunter auch Kinder- und Jugendpsychiatrie, aus verschiedenen Institutionen (Universitätsklinik, Fachkrankenhaus, Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst, medizinischer Dienst der Krankenversicherung), zwei Diplom-Psychologen, zwei Sozialarbeiterinnen, sechs Richter und sechs Abgeordnete des Landtags von Sachsen-Anhalt als Personen des öffentlichen Lebens. Den sechs Besuchskommissionen gehören einschließlich der Ausschuss-Mitglieder jeweils fünf Mitglieder und deren Stellvertreter an, darunter immer ein Facharzt und ein Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt. Sie sollen jährlich die Einrichtungen und Dienste besuchen, die an der Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen beteiligt sind, und zwar nicht nur die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen, die Unterbringungen vollziehen, sondern auch sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen, Wohnstätten und Heime, Werkstätten und Rehabilitationseinrichtungen. Stichprobenartig werden auch Einrichtungen der Jugendhilfe und der Altenhilfe in die Besuche mit einbezogen. Insgesamt sind inzwischen weit mehr als 300 Institutionen zu besuchen; bewältigen können sechs Besuchskommissionen allerdings nur etwa 120 Besuche pro Jahr. Erwartet wird, dass zu den Besuchen Vertreter des Trägers und der Einrichtungsleitung zur Verfügung stehen; häufig nimmt auch ein Repräsentant der kommunalen Gebietskörperschaft daran teil. Zur Strukturierung der Informationen und Eindrücke dient ein Leitfaden als Grundlage für das Besuchsprotokoll. Als Beispiel ist im Anhang der Leitfaden für stationäre Einrichtungen wiedergegeben.

Die Protokolle mit den oft umfangreichen Anlagen (Informationen zur Einrichtung) werden in der Geschäftsstelle gesammelt, vom Ausschuss-Vorstand auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und nach der gelegentlichen Klärung von Rückfragen über einen Verteiler versandt, der neben dem Träger, der Einrichtung, der kommunalen Gebietskörperschaft und der Besuchskommission das Sozialministerium, das Landesamt für Versorgung und Soziales als Träger der Heimaufsicht und andere Stellen umfassen kann. Kurzeinschätzungen der Besuchskommission werden in den jährlichen Berichten des Ausschusses an den Landtag und die Landesregierung veröffentlicht.

European Service Mapping Schedule ESMS: Entwickelt wurde das Instrument von einer EU-geförderten Arbeitsgruppe, der das Studien- und Forschungszentrum für Psychiatrie in Turin, das Zentrum für die Volkswirtschaft seelischer Gesundheit in London, die Universität von Cadiz, die Universität von Groningen, das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, das PRiSM Institut für Psychiatrie in London und die Universität von Umea angehören. Es soll dazu dienen, ein Inventar der Dienste zu erstellen, von denen die Erwachsenen-Bevölkerung (18 – 65 Jahre) einer definierten Region versorgt wird. Kernstück ist der Versorgungsbaum (Tab. 1) und ein Glossar mit exakten Definitionen, entworfen mit dem Ziel, innerhalb von Europa internationale Vergleiche zu ermöglichen. Wer mit den Zuordnungsregeln vertraut ist, kann das Instrument ohne spezifisches Training anwenden. Bei Bedarf können Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, für Suchtkranke, für geistig Behinderte und für ältere Patienten einbezogen werden.



Tab. 1: Der „Versorgungsbaum“ des ESMS

<b>Psychiatrische Dienste</b>	<b>Kodierung</b>
1. mit Übernachtung	
speziell gesicherte Unterbringung	1.1.0.0.0
akut (Aufnahme innerhalb 24 Stunden; Wohnung wird beibehalten)	
Krankenhaus	1.2.1.0.0
andere	1.2.2.0.0
nicht akut	
Krankenhaus	
zeitlich begrenzter Aufenthalt	
Betreuung rund um die Uhr	1.3.1.1.1
Betreuung nur am Tage	1.3.1.1.2
Verweildauer offen	
Betreuung rund um die Uhr	1.3.1.2.1
Betreuung nur am Tage	1.3.1.2.2
andere	
zeitlich begrenzter Aufenthalt	
Betreuung rund um die Uhr	1.3.2.1.1
Betreuung nur am Tage	1.3.2.1.2
Betreuung an weniger als fünf Tagen pro Woche	1.3.2.1.3
Verweildauer offen	
Betreuung rund um die Uhr	1.3.2.2.1
Betreuung nur am Tage	1.3.2.2.2
Betreuung an weniger als fünf Tagen pro Woche	1.3.2.2.3
2. Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität	
akut	2.1.0.0
nicht akut	
hohe Intensität (mindestens vier Halbtage pro Woche)	
geschützte Arbeit, bezahlt (mind. 50 % des ortsüblichen Mindestlohnes)	2.2.1.1
arbeitsähnliche Beschäftigung	2.2.1.2
andere strukturierte Tätigkeit	2.2.1.3
sozialer Kontakt	2.2.1.4
niedrige Intensität (weniger als vier Halbtage pro Woche)	
geschützte Arbeit, bezahlt (mind. 50 % des ortsüblichen Mindestlohnes)	2.2.2.1
arbeitsähnliche Beschäftigung	2.2.2.2
andere strukturierte Tätigkeit	2.2.2.3
sozialer Kontakt	2.2.2.4
3. ambulante und kommunale Dienste	
Notfallversorgung	
mobil	
rund um die Uhr (24 Stunden täglich an allen Tagen der Woche)	3.1.1.1
begrenzte Öffnungszeiten	3.1.1.2
ortsfest	
rund um die Uhr (24 Stunden täglich an allen Tagen der Woche)	3.1.2.1
begrenzte Öffnungszeiten	3.1.2.2
Dauerbetreuung	
mobil	
hohe Intensität (Kontakt bei Bedarf dreimal wöchentlich möglich)	3.2.1.1
mittlere Intensität (Kontakt bei Bedarf alle zwei Wochen möglich)	3.2.1.2
niedrige Intensität	3.2.1.3
ortsfest	
hohe Intensität (Kontakt bei Bedarf dreimal wöchentlich möglich)	3.2.2.1
mittlere Intensität (Kontakt bei Bedarf alle zwei Wochen möglich)	3.2.2.2
niedrige Intensität	3.2.2.3
4. Selbsthilfe und Laienhilfe	

Drei der vier Bereiche des Versorgungsbaumes – mit Ausnahme der Selbsthilfe und Laienhilfe – sind unterschiedlich weit ausdifferenziert. Nicht alle im System vorgesehenen Einrichtungstypen sind in Sachsen-Anhalt anzutreffen; die Kodierung der vorhandenen Typen ist in Tab. 1 grau unterlegt. Beispiel für eine „speziell gesicherte Unterbringung“ ist eine Klinik für forensische Psychiatrie. Unter „Bett, akut, Krankenhaus“ sind psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzuordnen; als „Bett, akut, andere“ wäre etwa die Notschlafstelle eines psychiatrischen Krisendienstes vorstellbar. Krankenhäuser mit elektiver Aufnahme, zeitlicher Begrenzung des Aufenthalts und Betreuung rund um die Uhr sind in Sachsen-Anhalt die psychosomatischen Kliniken und Abteilungen und die Suchtfachkliniken. Als „andere“ bettengebundene Einrichtungen sind alle Wohnheime einzuordnen und Formen des ambulant betreuten Wohnens mit Ausnahme des betreuten Einzelwohnens in der eigenen Wohnung; gerade hier ist die Differenzierung der Betreuungsintensität besonders bedeutsam.

„Tagesbetreuung akut“ trifft für Tageskliniken zu, Tagesbetreuung elektiv mit hoher Intensität für Werkstätten und Tagesstätten, mit niedriger Intensität für Begegnungsstätten. Ein rund um die Uhr erreichbar mobiler psychiatrischer Notfalldienst ist in Sachsen-Anhalt nicht verfügbar; andere Formen ambulanter Betreuungsleistungen werden von sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungsstellen und Institutsambulanzen angeboten.

Praktisches Vorgehen: Die im englischen Original vorliegende Version 3 des ESMS und das Glossar wurden von den Verfassern in die deutsche Sprache übertragen. Von F.J. wurden die in der Geschäftsstelle des Ausschusses an einem Stichtag (31.12.1998) vorhandenen Protokolle durchgesehen, eine Zuordnung im Versorgungsbaum vorgenommen und mit anderen relevanten Merkmalen in eine Datenbank übertragen. Um die Verlässlichkeit der Datenerfassung zu dokumentieren, wurden 10 Protokolle doppelt erfasst, wobei der zweite Beurteiler (P.B.) die bereits vorgenommene Einstufung nicht kannte. Für alle untersuchten Merkmale lag die Interrater-Reliabilität (Kappa) zwischen 0,9 und 1,0. Abschließend wurden alle Kodierungen von den Autoren, die mit der gemeindepsychiatrischen Versorgung des Landes vertraut sind, nochmals kontrolliert. Weitere Daten (etwa die Einwohnerzahl der Landkreise und kreisfreien Städte und die Anzahl niedergelassener Nervenärzte und Psychologen) wurden der Website des Statistischen Landesamtes ([www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de)) und dem 4., 5. und 6. Bericht des Ausschusses entnommen. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von SPSS 9.0.

### **Ergebnisse:**

Vorbemerkung: Das Bild, das im Folgenden von der psychiatrischen Versorgung des Landes Sachsen-Anhalt gezeichnet wird, entspricht nicht der aktuellen Situation im Sommer des Jahres 2000. Da die wesentlichen Informationen den Besuchsprotokollen aus den drei Jahren 1996 bis 1998 entstammen, spiegeln die folgenden Zahlen die damalige Versorgungslandschaft wieder. Dies wird bei der Interpretation der Befunde zu beachten sein. Falls Leser in den Daten Lücken oder Fehler feststellen sollten, sind wir für Hinweise dankbar.

Anhand der vorliegenden Protokolle aus den Jahren 1996 bis 1998 konnte bei insgesamt 385 verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten (ohne niedergelassene Ärzte und Psychologen) eine Klassifikation nach ESMS vorgenommen werden. Von der weiteren Analyse ausgenommen wurden acht Einrichtungen der Jugendhilfe (Kinder- und Jugendheime) und der Altenhilfe (Altenpflegeheime), die zwar stichprobenartig besucht worden waren, ohne aber einen vollständigen Überblick zu ermöglichen. Ausgeschlossen wurde ferner das „Integrationsdorf Arendsee“, eine Familienferienstätte für behinderte Menschen mit 200 Plätzen, die zu einer grotesken Verzerrung der Anzahl bettengebundener Plätze im Altmarkkreis Salzwedel geführt hätte. Selbsthilfe-Gruppen, von deren Existenz der Ausschuss Kenntnis hat, blieben ebenfalls unberücksichtigt. In die Analyse einbezogen wurden demnach alle bekannten Einrichtungen für erwachsene psychisch kranke, geistig behinderte oder seelisch behinderte Menschen einschließlich der Suchtkrankenversorgung und der klinischen Gerontopsychiatrie. Tab. 2 zeigt die Häufigkeitsverteilung nach den geläufigen Bezeichnungen und Tab. 3 nach der Zuordnung zu den Zweigen des Versorgungsbaumes. Manche Institutionen wurden mehrfach gezählt, wenn sie mehrere im ESMS erfasste Funktionen erfüllen.

Tab. 2: Häufigkeit psychiatrischer Einrichtungen (geläufige Bezeichnungen)

Einrichtung	Anzahl	Prozent
Wohnheim	113	31,0
Sozialpsychiatrischer Dienst	(37) 60	16,4
Werkstatt für Behinderte	41	11,2
Suchtberatungsstelle	(31) 35	9,6
Betreutes Wohnen	20	5,5
Tagesklinik	22	6,0
Notfallambulanz	14	3,8
Fachkrankenhaus	(6) 11	3,0
Abteilung	11	3,0
Institutsambulanz	7	1,9
Tagesstätte	5	1,4
Psychosomatische Klinik	5	1,4
Begegnungsstätte	4	1,1
Suchtfachklinik	3	,8
Berufliche Rehabilitation	3	,8
Fördergruppe	3	,8
Forensische Klinik	2	,5
andere	6	1,6
<b>Summe</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>

(Mehrfachzählung: Anzahl der Standorte in Klammern)

#### Einrichtungstypen:

Für die spezielle gesicherte Unterbringung standen in den Kliniken für forensische Psychiatrie in Uchtspringe (§ 63 StGB) und Bernburg (§ 64 StGB) 259 Betten zur Verfügung. An sechs Standorten (Bernburg, Haldensleben, Halle-Neustadt, Jerichow, Neinstedt, Uchtspringe) hielten selbständige psychiatrische Fachkrankenhäuser, zum Teil in mehrere Kliniken gegliedert, insgesamt 692 Akutbetten vor; hinzu kamen 454 Betten in neun psychiatrischen Abteilungen und 147 Betten in den beiden psychiatrischen Universitätskliniken. Als „Krankenhaus elektiv“ eingestuft wurden die sechs Abteilungen für psychotherapeutische oder psychosomatische Medizin in Elbingerode, Halle (Diakoniekrankenhaus, Elisabethkrankenhaus, Universität), Jerichow und Magdeburg (Universität) mit 104 Betten und die drei Suchtfachkliniken in Elbingerode, Sotterhausen und Uchtspringe mit 240 Betten. An 22 Standorten waren Tageskliniken eingerichtet mit insgesamt 343 und im Durchschnitt 15 Plätzen.

Sieben von neun Wohnstätten, die für einen zeitlich begrenzten Aufenthalt vorgesehen waren (insgesamt 206 Plätze), beherbergten ausschließlich Suchtkranke. 91 % aller Plätze für Hilfen im Lebensbereich „Wohnen“ zählten zu Wohnheimen, die auf einen unbefristeten Aufenthalt eingestellt sind und an allen Wochentagen rund um die Uhr Personal vorhalten. Zwei Drittel dieser Wohnheime sind ausgerichtet auf Bewohner mit einer geistigen Behinderung. Es gab nur 435 Plätze in 23 Einrichtungen mit einer geringeren Betreuungsintensität. Insgesamt stand 389 Plätzen in Formen des betreuten Wohnens (20 Einrichtungen) die riesige Zahl von 6.713 Wohnheimplätzen gegenüber! (Darin sind Plätze in Kinder- und Jugendheimen und

Altenpflegeheimen nicht enthalten!).

Um die Verlässlichkeit dieser Zahl zu prüfen, haben wir die Jahresstatistik 1998 des Landesamtes für Versorgung und Soziales Sachsen-Anhalt herangezogen [6]. Danach hatten am 31.12.1998 im Bereich des Amtes Halle 2.494 behinderte Volljährige und im Bereich des Amtes Magdeburg 4.715 behinderte Volljährige ein Grundanerkennnis für Eingliederungshilfe in einer stationären Einrichtung gemäß § 39/40 BSHG zu Lasten des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Die Gesamtsumme von 7.209 Hilfeempfängern in stationären Einrichtungen liegt sogar noch über der von uns ermittelten Zahl von Wohnheimplätzen (hinzukommen fast 20.000 Bewohner von Pflegeheimen; insgesamt leben 1 % der Bewohner von Sachsen-Anhalt in einem Heim).

Tab. 3: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe
1.1.0.0.0	speziell gesicherte Unterbringung (Forensik)	2			259
1.2.1.0.0	Krankenhaus akut	21	18 - 155	59	1293
1.3.1.1.1	Krankenhaus elektiv	9	10 - 132	20	344
1.3.2.1.1	Wohnstätte, zeitlich begrenzt, Personal immer anwesend	3	7 - 54	18	206
1.3.2.1.2	Wohnstätte, zeitlich begrenzt, Personal tagsüber anwesend	3			
1.3.2.1.3	Wohnstätte, zeitlich begrenzt, Personal zeitweise anwesend	3			
1.3.2.2.1	Wohnstätte, unbegrenzt, Personal immer anwesend	99	8 - 598	40	6413
1.3.2.2.2	Wohnstätte, unbegrenzt, Personal tagsüber anwesend	10	5 - 32	17,5	171
1.3.2.2.3	Wohnstätte, unbegrenzt, Personal zeitweise anwesend	13	4 - 119	12	264
2.1.0.0	Tagesklinik	22	6 - 35	15	343
2.2.1.2	arbeitsähnliche Beschäftigung	42	11 - 360	135	5082
2.2.1.3	strukturierte Tätigkeit mind. vier Halbtage wöchentlich	10	4 - 65	15	174
2.2.1.4	sozialer Kontakt mind. vier Halbtage wöchentlich	4	24 - 140	80	244
2.2.2.3	strukturierte Tätigkeit niedrige Intensität	2			
2.2.2.4	sozialer Kontakt niedrige Intensität	2			
3.1.1.2	Notfallversorgung aufsuchend begrenzte Öffnungszeiten	23			
3.1.2.1	Notfallversorgung ortsfest rund um die Uhr	14			
3.1.2.2	Notfallversorgung ortsfest begrenzte Öffnungszeiten	3			
3.2.1.1	Dauerbetreuung aufsuchend hohe Intensität	26			
3.2.1.2	Dauerbetreuung aufsuchend mittlere Intensität	11			
3.2.1.3	Dauerbetreuung aufsuchend niedrige Intensität	3			
3.2.2.1	Dauerbetreuung ortsfest hohe Intensität	30			
3.2.2.2	Dauerbetreuung ortsfest mittlere Intensität	9			
3.2.2.3	Dauerbetreuung ortsfest niedrige Intensität	1			
	Gesamt	365			

Formen der beschützten Arbeit, bei denen Patienten mindestens 50 % des Mindestlohns erzielen konnten, waren dem Ausschuss bis Ende 1998 nicht bekannt geworden; alle Werkstätten für Behinderte und drei Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mussten deshalb als „arbeitsähnliche Beschäftigung“ eingestuft werden. Wir haben rund 5.000 Plätze erfasst; der Jahresbericht des Landesamtes weist sogar 6.547 WfB-Plätze aus. Unter den Kategorien „strukturierte Tätigkeit/sozialer Kontakt hoher Intensität“ finden wir drei Fördergruppen, vier Tagesstätten, zwei Begegnungsstätten und eine Suchtberatungsstelle; 12 der 14 Einrichtungen verfügen über insgesamt 418 Plätze. Nach der Statistik des Landesamtes standen Ende 1998 260 Plätze in Fördergruppen und 100 Plätze in Tagesstätten zur Verfügung.

Ein an allen Wochentagen rund um die Uhr erreichbarer aufsuchender mobiler Krisendienst war nirgends eingerichtet; die ambulante psychiatrische Notfallversorgung wurde von niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen im Rahmen des allgemeinen ärztlichen Notdienstes (aufsuchend) und von den diensthabenden Ärzten der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen (ortsfest) versehen, ohne dass über die Anzahl derartiger Interventionen Daten zur Verfügung stehen. Dass sie während der Regelarbeitszeit an der aufsuchenden Notfallversorgung beteiligt sind (Definition: Besuch am gleichen Tag), wurde für 23 sozialpsychiatrische Dienste (und deren Außenstellen) in 17 Kreisen angenommen; 15 Dienste haben eine mittlere Anzahl von 260 derartigen Kontakten pro Monat angegeben. Drei Suchtberatungsstellen waren auf Notfälle während der Arbeitszeit eingerichtet.

Aufsuchende Dauerbetreuung mit einer bei Bedarf hohen Intensität war in 17 Regionen verfügbar (25 sozialpsychiatrische Dienste und eine Suchtberatungsstelle); 18 Dienste gaben im Mittel rund 220 Kontakte pro Monat an. 10 sozialpsychiatrische Dienste und eine Suchtberatungsstelle realisierten eine mittlere Betreuungsintensität; bei fünf Diensten waren rund 290 Kontakte pro Monat registriert. Ortsfest mit hoher Kontaktfrequenz arbeiten 22 Suchtberatungsstellen, sieben Institutsambulanzen und ein sozialpsychiatrischer Dienst, mit mittlerer Intensität weitere fünf Suchtberatungsstellen. Drei von vier ambulanten Diensten mit niedriger Kontaktfrequenz zählen zum Betreuten Wohnen.

#### Versorgungssektoren:

Ambulante Versorgung: Um regionsbezogen die fachärztliche Versorgung (auf dem Stand von März 1998) darzustellen, sind in Tab. 4 insgesamt 105 Nervenärzte (ohne oder mit Psychotherapie-Qualifikation), Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten und Ärzte anderer Fachgebiete mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zusammengefasst. Für das Land Sachsen-Anhalt ergibt sich daraus eine Facharzt-Dichte von etwa 3,9 Fachärzten pro 100.000 Einwohner. Anders ausgedrückt: Im Durchschnitt hatte ein Facharzt 25.500 Einwohner zu versorgen. Was diese Zahl bedeutet, zeigt ein Vergleich mit der Facharzt-Dichte der Bundesrepublik Deutschland: Dort waren am 31.12.1997 insgesamt 6.678 niedergelassene Fachärzte in den genannten Gebieten tätig (ohne Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“), entsprechend einer Facharzt-Dichte von 8,1 pro 100.000 Einwohner. Bundesweit ist ein niedergelassener Gebietsarzt also für 12.300 Einwohner verantwortlich. Zwischen den Regionen unseres Bundeslandes besteht ein erhebliches Ungleichgewicht: Einer Konzentration von Fachärzten in den Ballungsgebieten von Magdeburg und Halle steht eine deutlich schlechtere Versorgung, zum Teil eine erhebliche Unterversorgung der meisten ländlichen Regionen gegenüber; in vier Kreisen betreut ein Facharzt mehr als 50.000 Einwohner. Neben 35 niedergelassenen oder ermächtigten ärztlichen Psychotherapeuten waren 81 nichtärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der „Richtlinien-Psychotherapie“ an der ambulanten Versorgung beteiligt; das entspricht 3,0 Psychologen pro 100.000 Einwohner bzw. einem Therapeuten auf 34.300 Einwohner. Allerdings waren mehr als die Hälfte dieser Psychologen hauptberuflich an einer Institution (Krankenhaus oder Hochschule) und nicht ganztägig ambulant tätig. Nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes ist die Anzahl niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten bis zum Frühjahr 2000 geringfügig angestiegen.

Tab. 4: Psychiatrische Einrichtungen und Dienste pro 100.000 Einwohner

Region	Fläche (qkm)	Einwohner (31.12.1998)	Bev.dichte (EW/qkm)	Nerven-ärzte	Psycho-logen	Akut-betten	regions-bezogene Meßziffer	Elektiv-betten	Tagesklinik-plätze	Dauer-wohnheim	ÜWH/ Betreutes Wohnen	Eingliede-rungshilfe stationär	Werkstatt für Behinderte	Kontakt – Tages-struktur
Altmarkkreis Salzwedel	2292	102.407	44,7	2,9	7,8	0,0	59,7	0,0	0,0	367,2	0,0	395	399	0,0
Anhalt-Zerbst	1225	79.240	64,7	2,5	0,0	0,0	48,2	0,0	0,0	171,6	0,0	179	203	0,0
Aschersleben-Staßfurt	655	106.418	162,5	2,8	0,9	0,0	32,8	0,0	22,5	371,2	123,1	592	420	0,0
Bernburg	414	71.954	173,9	2,8	5,6	201,5	32,8	0,0	20,0	76,4	6,9	82	245	20,8
Bitterfeld	505	113.705	225,4	1,8	0,9	0,0	32,8	0,0	8,4	251,5	0,0	191	181	0,0
Bördekreis	880	81.417	92,5	1,2	1,2	0,0	45,0	0,0	0,0	210,0	14,7	211	255	0,0
Burgenlandkreis	1041	146.368	140,6	2,7	1,4	41,0	26,5	0,0	13,1	120,9	8,9	149	163	7,5
Dessau	148	86.623	585,4	5,8	3,5	92,4	48,2	0,0	21,3	240,1	67,0	220	182	0,0
Halberstadt	665	80.841	121,5	2,5	0,0	0,0	77,3	0,0	0,0	162,0	50,7	240	302	0,0
Halle	135	260.836	1.938,3	9,2	9,6	64,4	64,4	23,8	22,2	160,6	4,6	106	167	30,7
Jerichower Land	1337	101.500	75,9	4,9	1,0	152,7	152,7	20,6	10,3	23,6	17,7	167	116	0,0
Köthen	480	71.577	149,0	2,8	2,8	0,0	32,8	0,0	0,0	273,8	25,1	263	256	21,0
Magdeburg	193	239.462	1.241,1	9,6	4,2	41,8	41,8	3,7	19,4	208,8	41,8	214	155	68,5
Mansfelder Land	759	110.975	146,3	2,7	0,9	49,6	30,4	0,0	12,8	109,0	0,0	178	260	7,2
Merseburg-Querfurt	805	137.930	171,4	2,2	2,2	29,0	29,0	0,0	8,5	174,0	0,0	245	254	0,0
Ohrekreis	1494	117.447	78,6	2,6	3,4	106,4	45,0	0,0	9,4	500,7	9,4	484	293	55,3
Quedlinburg	540	80.654	149,3	1,2	3,7	148,8	77,3	0,0	38,8	1124,6	52,1	940	687	0,0
Saalkreis	628	79.053	125,8	0,0	0,0	0,0	32,8	0,0	0,0	59,5	22,8	233	214	20,2
Sangerhausen	690	70.165	101,7	1,4	0,0	0,0	30,4	106,8	0,0	263,7	0,0	285	268	0,0
Schönebeck	460	78.931	171,4	2,5	6,3	0,0	45,0	0,0	0,0	0,0	0,0	72	149	25,3
Stendal	2423	143.719	59,3	2,8	0,7	102,3	59,7	19,9	6,6	555,9	2,8	600	379	0,0
Weißenfels	373	80.332	215,7	2,5	6,2	0,0	26,5	0,0	0,0	0,0	21,2	108	223	24,9
Wernigerode	798	97.122	121,7	4,1	0,0	82,4	77,3	145,5	32,3	287,3	60,7	338	221	4,1
Wittenberg	1508	135.812	90,1	2,9	0,7	13,3	13,3	0,0	14,3	127,4	59,6	188	178	0,0
<b>Summe/Mittelwert</b>	<b>20446</b>	<b>2.674.488</b>	<b>130,8</b>	<b>3,9</b>	<b>3,0</b>	<b>48,3</b>	<b>48,3</b>	<b>12,9</b>	<b>12,8</b>	<b>239,8</b>	<b>23,9</b>	<b>270</b>	<b>245</b>	<b>15,6</b>

Auch hier ist die Verteilung unausgewogen: In fünf Kreisen stand kein Psychologe zur Verfügung; in weiteren fünf Kreisen waren ein Psychologe für mehr als 100.000 Einwohner zuständig. Zwischen der Nervenarztdichte und der Dichte nichtärztlicher Psychotherapeuten bestand nur eine schwache positive Korrelation (Rangkorrelation,  $R=0,36$ ); das heißt, dass die Psychologen nicht unbedingt an den gleichen Orten konzentriert sind, dass sie aber die Lücken in der ärztlichen Versorgung auch nicht kompensieren.

Klinische Versorgung: Akutbetten standen an 17 Standorten bereit; für das Land ergab sich eine Bettenmessziffer von 48 psychiatrischen Krankenhausbetten (jeweils pro 100.000 Einwohner). Nach dem Krankenhausplan liegt im Jahr 2000 die Bettenzahl mit 1322 Betten geringfügig höher. Elf Kreise haben keine eigene psychiatrische Klinik; in den 13 Regionen mit psychiatrischen Betten lag die Messziffer zwischen 13 (Wittenberg) und 201 (Bernburg). Der Psychiatrieplan des Landes [5] sieht eine kreisübergreifende Versorgung vor; wenn die dort vorgenommene Zuordnung von Kreisen zu Klinikstandorten zugrunde gelegt wird, ergeben sich für die Einzugsgebiete der Kliniken (Abb. 2) mit einer Ausnahme (Jerichower Land) Bettenmessziffern zwischen 13 und 77. Gemessen an bekannten Empfehlungen (60 bis 80 Betten pro 100.000 Einwohner, [7]) erscheint die klinische Versorgung in der Altmark, im Nordharz und in Halle auskömmlich; 17 Regionen haben für 100.000 Einwohner weniger als 50 Akutbetten zur Verfügung; für die von den Kliniken in Bernburg, Großörner, Querfurt, Naumburg und Wittenberg zu versorgenden Gebiete stehen weniger als 40 Betten pro 100.000 Einwohner bereit.

Hinzu kommen ohne unmittelbaren regionalen Bezug 3,9 Betten pro 100.000 Einwohner in den sechs Abteilungen für psychotherapeutische Medizin, die allerdings zum Teil Patienten von außerhalb Sachsen-Anhalts rekrutieren, und 9,0 Betten in den drei Rehabilitationskliniken, die ausschließlich für Suchtkranke reserviert sind. Einschließlich der Forensik beträgt die gesamte Bettenkapazität des klinisch-stationären Sektors insgesamt 71 pro 100.000 Einwohner des Landes Sachsen-Anhalt. 15 Regionen haben für jeweils 100.000 Bürger zwischen 7 und 39, im Mittel 18 Plätze in psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken zur Verfügung gestellt; für das ganze Land ergibt sich eine Messziffer von 12,8 teilstationären Plätzen.

Komplementäre Versorgung: „Wohnen“: Das ESMS sieht sechs Typen von Wohnstätten vor. Wegen der extrem unausgewogenen Verteilung der 131 in den Besuchsprotokollen beschriebenen Einrichtungen sind wir gezwungen, Kategorien zusammenzufassen. Bei sechs Wohnstätten, die für einen zeitlich begrenzten Aufenthalt vorgesehen sind, vermuten wir einen therapeutisch-rehabilitativen Anspruch und fassen 1.3.2.1.1 und 1.3.2.1.2 zusammen als „Übergangswohnheime“. Einrichtungen, in denen nicht an jedem Werktag Personal anwesend ist (1.3.2.1.3 und 1.3.2.2.3), rechnen wir zum „Betreuten Wohnen“. Aus dieser Betrachtung resultieren für Sachsen-Anhalt folgende Zahlen (Tab. 4):

6,5 Plätze pro 100.000 Einwohner wurden in sechs „Übergangswohnheimen“ vorgehalten und 6,4 Plätze in zehn Heimen, die nicht ständig mit Personal besetzt sind. Hinzu kommen 11,1 Plätze für „Betreutes Wohnen“, das in 10 der 24 Regionen vorgehalten wurde. Insgesamt standen in Wohnstätten, die nicht für einen unbegrenzten Aufenthalt und eine Betreuung rund um die Uhr vorgesehen sind, 24 Plätze pro 100.000 Einwohner zur Verfügung. Dem gegenüber wurden in 99 Wohnheimen mit langfristigem Aufenthalt und hoher Betreuungsintensität genau zehnmal soviel Plätze vorgehalten, nämlich 240 Plätze pro 100.000 Einwohner.

Hinzu kommt eine extrem ungleichmäßige regionale Verteilung der Heime (Abb. 3): Fünf Landkreise (Bernburg, Jerichower Land, Saalkreis, Schönebeck, Weißenfels), hatten bezogen auf 100.000 Einwohner weniger als 100 Wohnheimplätze. In sieben Gebietskörperschaften lag die Messziffer zwischen 100 und 200, in neun Regionen zwischen 200 und 400. Dagegen weisen drei Landkreise mehr als 500 (bis über 1.100) Heimplätze auf 100.000 Einwohner aus. Dass hier vier aus der Sicht des Ausschusses extrem problematische Einrichtungen angesiedelt sind, ist kein Zufall: Es handelt sich um den Ohrekreis (mit dem vorläufigen Heimbereich des ehemaligen Landeskrankenhauses Haldensleben), den Landkreis Quedlinburg (mit den Neinstedter Anstalten und dem Pflegeheim Haus Einetal in Schielo) und den Landkreis Stendal (mit dem vorläufigen Heimbereich des ehemaligen Landeskrankenhauses Uchtspringe). Ähnliche Diskrepanzen gibt es bei den Grundanerkennnissen nach § 39 BSHG, danach liegt der Anteil der Hilfeempfänger in den

Regionen zwischen 72 und 940 (im Mittel bei 270) pro 100.000 Einwohner.

Die anderen Wohnformen zusammen sind genauso ungleichmäßig verteilt: Im Landkreis Aschersleben-Staßfurt leben 123 von 100.000 Einwohnern in einer dieser fünf Wohnformen – eine Folge des von dem Leiter von Schloss Hoym, Herrn Jochimsen, erfolgreich durchgeführten Enthospitalisierungsprogrammes. Für jeweils 100.000 Bürger verfügen Dessau, Halberstadt, Quedlinburg, Wernigerode und Wittenberg über mehr als 50 und Magdeburg über mehr als 40 Plätze. 15 bis 25 Plätze finden wir im Bördekreis, Jerichower Land, Köthen, Saalkreis und Weißenfels; in den übrigen Regionen liegt die Messziffer für andere Wohnformen unter 10 Plätzen oder bei Null.

Komplementäre Versorgung: „Arbeit und tagesstrukturierende Beschäftigung“: In drei Landkreisen (Aschersleben-Staßfurt, Jerichower Land, Sangerhausen) waren noch keine Werkstätten für Behinderte besucht worden, womit die Abweichung von der Statistik des Landes bereits zum Teil erklärt ist. Nach dessen Daten stehen für 100.000 Einwohner durchschnittlich 240 Werkstattplätze – mit einer Spannweite von 116 bis 687! – zur Verfügung. Möglichkeiten zur arbeitsähnlichen Beschäftigung außerhalb von Werkstätten waren mit 2 Plätzen pro 100.000 Einwohner kaum der Rede wert, von bezahlter Arbeit im Sinne des ESMS (50 % des Mindestlohnes) zu schweigen. In elf Regionen wurden Einrichtungen gefunden, die strukturierte Tätigkeit und sozialen Kontakt vermitteln und täglich besucht werden können (16 Plätze pro 100.000 Einwohner).

Ambulante und kommunale Dienste: Um den quantitativen Beitrag dieser Dienste zur Versorgung der Region zu erfassen, ist nach den Kodierungsregeln des ESMS nicht die Anzahl der Plätze, sondern die Anzahl der Klientenkontakte pro Monat zu erfassen. Die Besuchsprotokolle enthalten zwar ganz überwiegend solche Angaben, aber nicht mit hinreichender Genauigkeit und Vollständigkeit; deshalb muss auf eine Datenanalyse vorläufig verzichtet werden.

#### Faktorenanalyse:

Wenn die Regionen eines Landes sich hinsichtlich der Ausstattung mit Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung so deutlich unterscheiden: Woran liegt das? Vorstellbar sind Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des Versorgungssystems. Um solche zu finden, wurden Korrelationen berechnet. Positive Korrelationen lassen auf Synergien schließen: Ein Angebot zieht das andere nach sich. Negative Korrelationen sprechen für ein System kommunizierender Röhren: Defizite in einem Sektor werden von anderen Sektoren kompensiert.

Zu vermuten ist, dass auch andere Eigenschaften der Regionen auf die Versorgungsstrukturen Einfluss nehmen. Als Beispiel für einen solchen äußeren Faktor haben wir die Bevölkerungsdichte in die Analyse einbezogen.

Eine elegante Methode, um Zusammenhänge in einer Datenmatrix aufzufinden und anschaulich darzustellen, ist die Faktorenanalyse. Zehn Merkmale der 24 Regionen von Sachsen-Anhalt wurden in eine Hauptkomponenten-Analyse (Eigenwert > 1) mit Varimax-Rotation einbezogen: Die Bevölkerungsdichte (Einwohner pro Quadratkilometer) als externe Variable und jeweils pro 100.000 Einwohner die Anzahl der Fachärzte, der Psychologen, der Akutbetten, der elektiven Klinikbetten, der Tagesklinik-Plätze, der Plätze in Wohnheimen und anderen Wohnstätten, der Werkstattplätze (nach der Statistik des Landesamtes) und der für täglichen Besuch vorgesehenen Plätze für strukturierte Tätigkeit und sozialen Kontakt. Vier Faktoren wurden extrahiert und erklären 80 % der in 10 Variablen enthaltenen Varianz. Das Ergebnis (Tab. 5) bestätigt beide Überlegungen: Die externe Variable steht im Zusammenhang mit der Versorgungsstruktur, und verschiedene Komponenten des Systems interagieren:



Tab. 5: Faktorenanalyse

Faktorenladung	I	II	III	IV
Bevölkerungsdichte	0,89			
Fachärzte *	0,87			
Psychologen *	0,75			
Akutbetten *		0,55	0,57	
Elektive Betten *			0,80	
Tagesklinikplätze *		0,56	0,53	0,42
Wohnheimplätze *		0,90		
Andere Wohnstätten *				0,92
Werkstattplätze *		0,89		
Tagesplätze *	0,72			
<b>Varianzanteil</b>	<b>29,6 %</b>	<b>26,4 %</b>	<b>14,1 %</b>	<b>10,1 %</b>

\* jeweils pro 100.000 Einwohner

Die höchste Ladung auf dem ersten Faktor hat die Bevölkerungsdichte. Sehr eng damit zusammen hängt die bevölkerungsbezogene Anzahl von ambulant tätigen Fachärzten für Psychiatrie und Psychologen und das Vorhandensein tagesstrukturierender Beschäftigung. Diese drei Bausteine der Versorgung sind konzentriert in den dicht besiedelten städtischen Ballungsgebieten und fehlen im ländlichen Raum. Der zweite Faktor gibt die regionsbezogene Anzahl der Heimbewohner wieder; Hand in Hand damit geht die Anzahl der Werkstattplätze; mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sind in einer Region mit vielen Heimplätzen auch mehr psychiatrische Klinikbetten und mehr Tagesklinikplätze anzutreffen. Faktor III zeigt das Vorkommen elektiver Klinikbetten (Psychotherapie/Sucht) an; wo solche Betten vorhanden sind, ist ebenfalls mit Akutbetten und Tagesklinikplätzen zu rechnen. Auf dem letzten Faktor weisen die zusammengefassten alternativen Wohnformen eine hohe Ladung auf, für die sich ebenfalls eine gewisse Nähe zu Tageskliniken abzeichnet. Die vier Faktoren sind unabhängig voneinander: Die Bevölkerungsdichte und die Struktur der ambulanten Versorgung steht nicht im Zusammenhang mit der Anzahl von Heimen, Werkstattplätzen und klinischen Einrichtungen. Die Matrix enthält keine negativen Ladungen: Die in die Analyse einbezogenen Merkmale verhalten sich nicht komplementär zueinander. Insgesamt spiegelt das Ergebnis der Faktorenanalyse eine gewisse Planlosigkeit wieder, mit der die psychiatrische Versorgung in den Regionen des Landes sich entwickelt hat.

Bestätigt wird dieser Befund durch das negative Ergebnis mehrerer Clusteranalysen: Der Versuch, die kommunalen Gebietskörperschaften anhand ihrer strukturellen Ähnlichkeit in Gruppen zusammenzufassen, um verschiedene „Typen“ von Regionen zu identifizieren, ergab kein brauchbares Resultat.

Einzelne Regionen: Anhand des Datenmaterials kann nun jeder einzelne Kreis im Hinblick auf seine psychiatrische Ausstattung und im Vergleich mit den anderen Regionen des Landes beschrieben werden. Darauf gestützt werden kann der Versuch, eine Beurteilung der regionalen Versorgungsqualität vorzunehmen. Aus Platzgründen wird für den Augenblick auf diese detaillierte Auswertung verzichtet.

## **Diskussion:**

Diskussion der Fragestellung: An der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung eines Landes sind so viele Personen, Einrichtungen und Dienste beteiligt, dass es fast ausgeschlossen erscheinen muss, einen Gesamtüberblick zu gewinnen. Das Hilfesystem ist fragmentiert im Hinblick auf Leistungen (Behandlung – Rehabilitation – Eingliederungshilfe – Pflege), Zielgruppen (Behindertenhilfe, Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Altenhilfe), Einrichtungen (ambulant – klinisch – komplementär; Wohnen – Arbeit – Freizeit), Träger (Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Privatunternehmen) und Kostenträger (gesetzliche und private Krankenkassen, Rentenversicherungen, Arbeitsämter, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger und andere).

Dem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung obliegt es zu beurteilen, ob die von psychischer Krankheit oder Behinderung betroffenen Bürger des Landes Sachsen-Anhalt nach den Vorschriften des PsychKG LSA und den darin enthaltenen sozialpsychiatrischen Prinzipien betreut und behandelt werden (angemessene, individuelle, ärztlich geleitete Beratung und Betreuung; selbständige Lebensführung in der Gemeinschaft; nachsorgende Hilfen; Vorrang ambulanter Maßnahmen vor einer stationären Unterbringung; Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften für die Daseinsvorsorge). Dank der Tätigkeit seiner sechs Besuchskommissionen und regelmäßiger gezielter Recherchen hat der Ausschuss im Verlauf von mehreren Jahren einen gewissen Überblick über einige der oben genannten Bereiche gewonnen. Das gesammelte Wissen ist zwar lückenhaft, aber möglicherweise dennoch umfassender als bei anderen Institutionen des Landes, die jeweils nur über Teilbereiche informiert sind.

Mit dem ESMS steht ein Instrument zur Verfügung, das es erlaubt, ein vollständiges Verzeichnis der psychiatrischen Einrichtungen und Dienste einer Region (mit Ausnahme der niedergelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten) zu erstellen. Als Besonderheit ist festzuhalten, dass nicht die Rechtsform oder die Bezeichnung einer Einrichtung darüber bestimmt, wo sie im Versorgungsbaum eingeordnet wird, sondern ihre Funktion; damit wird eine einheitliche Klassifikation der psychiatrischen Dienste in verschiedenen Sozialsystemen angestrebt.

Diskussion der Methodik: Insgesamt haben die Besuchsprotokolle sich als hinreichend zuverlässige Datenquelle erwiesen; beispielsweise hat sich für die ermittelte Anzahl der Wohnheimplätze eine sehr gute Übereinstimmung mit den auf andere Weise gewonnenen Daten des Landesamtes für Versorgung und Soziales ergeben. Lückenhaft blieben allerdings die Informationen über ambulante und kommunale Dienste, deren quantitativer Beitrag nicht als Anzahl der Plätze, sondern als Anzahl der Kontakte pro Monat ausgedrückt wird. Zum Teil sind solche Informationen schlicht nicht verfügbar (ärztlicher Notfalldienst; Notfallambulanz psychiatrischer Kliniken); zum Teil waren sie in den Protokollen enthalten, aber nicht für alle Einrichtungen. Für künftige Auswertungen von Besuchsprotokollen mit Hilfe des ESMS wird der Leitfaden zu überarbeiten sein, um die benötigten Angaben gezielt und vollständig zu erfragen. Sinnvoll erscheint es sogar, noch einen Schritt weiterzugehen und in den ambulanten Diensten selbst die Kontaktfrequenz in dem vom ESMS vorgegebenen Format prospektiv zu dokumentieren, etwa in Form einer sozialpsychiatrischen Basisdokumentation, wie sie derzeit im Freistaat Sachsen erprobt wird [8].

Das Instrument ESMS hat sich für unsere Zwecke als gut geeignet erwiesen; eine gleichmäßige Besetzung der „Äste“ des Versorgungsbaumes war nicht zu erwarten. Manche Klassen blieben unbesetzt; andere mussten zusammengefasst werden, um statistische Analysen zu ermöglichen. Eine gewisse Unschärfe bringt die notwendige Vereinfachung der Klassifikation mit sich; so kann der Unterschied zwischen einem „Wohnheim für ... behinderte Menschen“ und einem „Wohnheim an WfB“ im ESMS nicht abgebildet werden, und die ersten bescheidenen Ansätze beruflicher Rehabilitation gingen in der großen Zahl der Werkstätten für Behinderte verloren.

Für die regionsbezogene Betrachtung haben wir die Landkreise und kreisfreien Städte – in Übereinstimmung mit dem Psychiatrieplan des Landes – zu Versorgungsregionen bestimmt. Zur kommunalen Verantwortung für die Wohlfahrt der Bürger zählt auch die Sorge für die bedarfsgerechte Gestaltung der Betreuung psychisch Kranker – auch wenn die Einrichtungen und Dienste nicht von den Gemeinden selbst, sondern von gemeinnützigen und privaten

Körperschaften getragen werden. Dass die Grenzen zwischen so definierten Regionen manchmal etwas künstlich anmuten, zeigt das Beispiel der unmittelbar an die beiden Großstädte Halle und Magdeburg angrenzenden Landkreise: Der Saalkreis etwa stützt sich weitgehend auf die Infrastruktur der Stadt Halle und hält kaum eigene Einrichtungen vor; dennoch haben die Einwohner zum dem gut ausgebauten Angebot der Stadt Halle ebenso leicht Zugang wie etwa zum sozialpsychiatrischen Dienst oder zur Suchtberatungsstelle ihres Kreises, die ebenfalls im Stadtgebiet liegen.

Wir haben uns bewusst dafür entschieden, diesen ersten Gesamtüberblick über die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt auf Daten aus der (jüngeren) Vergangenheit zu stützen. Unser Anliegen ist es, die Herangehensweise und die Methode vorzustellen und zu zeigen, dass damit brauchbare Ergebnisse zu erzielen sind; wir wollen vermeiden, dass Institutionen und Körperschaften unsere Situationsbeschreibung als Kritik auffassen und empört von sich weisen. Analysiert wurden Protokolle aus den Jahren 1996 bis 1998. Wir wissen, dass sich seit dieser Zeit in der psychiatrischen Versorgungslandschaft manches bereits verändert hat (die Anzahl der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten, der Akutbetten und Tagesklinikplätze und der beschützten bezahlten Arbeitsplätze, um nur einige zu nennen), und wir erwarten weitere Veränderungen. Für die Zukunft streben wir an, die jetzt vorhandene Datenbank fortlaufend zu aktualisieren und Veränderungen jeweils aktuell abzubilden. Dazu wird der Ausschuss allerdings einen fest angestellten wissenschaftlichen Mitarbeiter benötigen.

Mit den derzeit verfügbaren, von uns selbst erhobenen Daten können wir nur Vergleiche innerhalb von Sachsen-Anhalt anstellen. Wir sind sehr gespannt auf die Publikation von ESMS-Daten aus anderen deutschen und europäischen Regionen, um das Versorgungsniveau unseres Landes vor einem weiteren Horizont zu beurteilen und einzuordnen.

Diskussion der Ergebnisse: Seit der Psychiatrie-Enquête (1975) steht die Forderung im Raum, die psychiatrische Versorgung bedarfsgerecht, wohnortnah, differenziert und koordiniert zu gestalten. In Sachsen-Anhalt wie anderswo ist dieses Leitbild bisher nicht verwirklicht. Die Verteilung von Einrichtungen und Diensten ist nicht bedarfsgerecht (Fachärzte, Psychologen, Akutbetten, Wohnheime, geschützte Arbeit), nicht regionsbezogen/wohntnah (große Heime, Rehabilitation von Suchtkranken, Arbeitsrehabilitation), nicht differenziert genug (Formen des Wohnens) und eher dem Zufall überlassen (historische Standorte großer Einrichtungen).

Gemessen am Bundesdurchschnitt ist der ambulante Sektor in Sachsen-Anhalt noch entwicklungsfähig. Innerhalb des Landes ist nicht nur die Anzahl der niedergelassenen Fachärzte und Psychologen unausgewogen verteilt, sondern auch deren Dichte (Anzahl pro 100.000 Einwohner). Ganz offensichtlich sind für die Praxisgründung andere Gesichtspunkte maßgeblich als der Bedarf; eindeutig werden die bereits hinreichend ausgestatteten städtischen Ballungsgebiete für die Niederlassung bevorzugt. In Magdeburg und Halle (einschließlich des Saalkreises) stand für jeweils 7.000 Einwohner ein niedergelassener Arzt oder Psychologe zur Verfügung; dagegen hat in zwölf Landkreisen jeder Praxisinhaber die ambulante Behandlung von mehr als 20.000 und bis zu 50.000 Einwohnern abzusichern.

Mit einer Messziffer von 48 Betten pro 100.000 Einwohner ist die Kapazität der klinischen Akutversorgung im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet ebenfalls extrem knapp bemessen. In Anbetracht des anhaltenden bundesweiten Trends zum Bettenabbau, der allerdings bei einem wesentlich höheren Niveau von über 100 Betten pro 100.000 Einwohner begonnen hat, nimmt Sachsen-Anhalt hier vielleicht ein Szenario vorweg, auf das auch andere Bundesländer sich künftig einzustellen haben. Erkennbar wurde ein deutliches Gefälle von Norden und Westen nach Süden und Osten, das der Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern [9] bisher nicht hat ausgleichen können: In einem zusammenhängenden Gebiet von 11 Versorgungsregionen stehen weniger als 40 psychiatrische Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung. Hier ist eine Entlastung erst zu erwarten, wenn der Ausbau der Kliniken in Hettstedt, Querfurt, Naumburg und Wittenberg abgeschlossen ist. Trotz der kreisübergreifenden Zuständigkeit wird die Erreichbarkeit der Klinikstandorte dann für eine wohnortnahe stationäre Akutbehandlung ausreichen. Das gilt noch nicht für die teilstationäre Akutbehandlung: Neun Versorgungsregionen haben bisher keine psychiatrische Tagesklinik.

In einem personenzentrierten und lebensfeldbezogenen Konzept von Rehabilitation, wie es die Aktion Psychisch Kranke entwickelt hat [10], wird das Wohnen als soziales Grundbedürfnis und sozialräumlicher Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde verstanden – auch für chronisch psychisch kranke, sog. seelisch behinderte und geistig behinderte Menschen. Insofern müssen die zum Lebensbereich „Wohnen“ für Sachsen-Anhalt erhobenen Befunde alle Verantwortlichen außerordentlich beunruhigen: 240 von 100.000 Bürgern des Landes hatten wegen ihrer Behinderung ein Wohnheim als „Ort zum Leben“ auf Dauer; in allen anderen Wohnformen zusammen standen nur 24 Plätze für 100.000 Einwohner zur Verfügung.

Von 1992 bis 1999 hat die Landesregierung das „ambulant betreute Wohnen“, das in die Zuständigkeit der kommunalen Gebietskörperschaften fällt, im Rahmen der freiwilligen Leistungen des Landes mit einem bescheidenen Betrag (bis zu 7,00 DM pro Platz pro Tag) gefördert. Dieser zaghafte Versuch umzusteuern hat offenbar wenig gefruchtet und ist im Haushaltsjahr 2000 beendet worden. Zur Begründung wurde von der Ministerin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales der Sparzwang angeführt; deshalb soll hier erwähnt werden, dass die jährlichen Kosten des Landes für betreutes Wohnen (bei dieser speziellen Form der Förderung) bei etwa 2.500 DM pro Platz lagen, während ein Heimplatz mit jährlich 70.000 DM zu Buche steht.

Von insgesamt 7.200 Empfängern von „Eingliederungshilfe“ in stationären Einrichtungen sind nach der Statistik des Landesamtes für Versorgung und Soziales 2 % als „körperlich“ und 19 % als „seelisch behindert“ eingestuft; 79 % gelten als „geistig behindert“ oder „mehrfach behindert“ (gelegentlich werden allerdings auch chronisch psychisch Kranke als „geistig behindert“ eingeordnet). Jedenfalls haben zwei Drittel der Wohnheime ausschließlich oder überwiegend geistig behinderte Bewohner; weniger als 5 % der geistig Behinderten leben in anderen Wohnformen. Wir bezweifeln, dass ein so geringer Differenzierungsgrad dem individuellen Hilfebedarf von erwachsenen Menschen mit verschiedenen Schweregraden einer angeborenen oder früher erworbenen Intelligenzminderung angemessen Rechnung trägt. Zu vermuten ist, dass das Wohnen im Heim für einen Teil der geistig behinderten Menschen eine Überversorgung darstellt und eher die Ausgliederung als die Eingliederung fördert. Eine umfangreiche sozialpsychiatrische Forschungstradition zum Institutionalismus und Hospitalismus hat belegt, dass eine dauerhafte Heimunterbringung zu einem weitgehenden Verlust von Kompetenzen führen und damit eine sekundäre Behinderung erzeugen kann, die weit schwerer wiegt als die ursprüngliche Störung. Von den „seelisch behinderten“, also chronisch psychisch kranken Hilfeempfängern waren ebenfalls mehr als 70 % dauerhaft in Wohnheimen untergebracht und weniger als 30 % in spezialisierten Einrichtungen, die mit einem zeitlich begrenzten Aufenthalt die soziale Wiedereingliederung vorbereiten sollen oder für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben mit reduzierter Betreuung vorgesehen sind.

Im Jahr 1910 lebten in Preußen von 100.000 Einwohnern 358 in den damaligen Heil- und Pflegeanstalten [11]. Wenn wir die Anzahl der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbetten und der Wohnheimplätze zusammenrechnen, dann waren in Sachsen-Anhalt am Ende des 20. Jahrhunderts zu jedem beliebigen Zeitpunkt 325 von 100.000 Menschen als Erwachsene wegen einer psychischen Störung hospitalisiert. Hinzu kommen die betagten Bewohner von Pflegeheimen, von denen mindestens ein Drittel ebenfalls an psychischen Erkrankungen leiden, mit 200 bis 300 weiteren Heimplätzen pro 100.000 Einwohner.

Die unausgewogene regionale Verteilung der für die Hilfeform „Wohnen“ bereitgestellten Plätze bedarf ebenfalls eines kritischen Kommentars: Wenn manche Landkreise gegen den allgemeinen Trend eine sehr geringe Zahl von Wohnheimplätzen bereitstellen und eine niedrige Anzahl von Grundanerkennnissen für stationäre Eingliederungshilfe aufweisen, so kann daraus offenbar nicht auf eine besonders fortschrittliche sozialpsychiatrische Konzeption geschlossen werden, denn das Defizit wird nicht durch andere Wohnformen ausgeglichen, sondern eher auf die Vernachlässigung der Fürsorgepflicht für Bürger, die entweder unversorgt bleiben oder in andere Regionen abgegeben werden.

Dagegen werden in fünf Kreisen bevölkerungsbezogen besonders viele Heimplätze (mehr als 300 pro 100.000 Einwohner) vorgehalten. Ein Drittel der Wohnheimplätze stellen acht Heime mit 160 und mehr Plätzen (Neinstedter Anstalten, Heimbereich Uchtsprünge, Heimbereich Haldensleben,

Borghardstift Stendal, Schloss Hoym, Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg, Haus Einetal bei Schielo, Amalienhof Dessau). Nur zwei davon (Haldensleben und Uchtspringe) sind aus psychiatrischen Anstalten hervorgegangen. Als Argument für ihren Fortbestand wird gewöhnlich ihre Bedeutung für den Arbeitsmarkt und die Wirtschaftskraft der Region genannt. Besonders krass ist der Kontrast zwischen zwei Nachbarn, den Neinstedter Anstalten mit 598 Plätzen und Schloss Hoym mit insgesamt 330 Bewohnern: Während in Neinstedt hartnäckig am traditionellen diakonischen Konzept der Großeinrichtung als „Ort zum Leben“ für alle Arten von Behinderung festgehalten wird, verfolgt der Leiter von Schloss Hoym konsequent ein Konzept der Normalisierung und hat damit den Beweis angetreten, dass Enthospitalisierung trotz der schwierigen Bedingungen in Sachsen-Anhalt möglich ist.

Mit Werkstätten für Behinderte sind infolge gesetzlicher Verpflichtungen (Schwerbehindertengesetz, Werkstättenverordnung) sämtliche Regionen des Landes ausgestattet; Unterschiede in der Anzahl der Plätze und die enge Korrelation zwischen Werkstätten und Wohnheimen zeigen allerdings, dass einige Werkstätten gewissermaßen an die bestehenden Wohnheime angebaut wurden (etwa in Neinstedt). Mancherorts wurde begonnen, innerhalb der WfB besondere Arbeitsbereiche für „seelisch behinderte“ Menschen, also für chronisch psychisch Kranke einzurichten [12]. Andere Formen beschützter Arbeit fehlten noch fast völlig; wir wissen, dass im Bereich der beruflichen Rehabilitation seitdem kleine lokale Fortschritte erzielt worden sind.

Ambulante Dienste, die gesetzlich vorgeschrieben sind oder vom Land gefördert werden, vor allem sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen, wurden in allen Regionen eingerichtet; sie scheinen ihren Arbeitsauftrag, soweit er in den Kategorien des ESMS sichtbar wird (mobile Notfallversorgung, aufsuchende Betreuung, mögliche Kontaktfrequenz) zum Teil recht unterschiedlich zu interpretieren. Verschiedene Formen tagesstrukturierender und kontaktstiftender Angebote ohne geregelte Finanzierung sind vorwiegend in den städtischen Ballungsräumen konzentriert und nicht für alle Bürger zugänglich. Genauere Aussagen über ambulante und kommunale Dienste lässt unsere Datenbasis momentan nicht zu.

Unser Überblick über die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt ist eine Momentaufnahme: Aus einer dynamischen Entwicklung wurde ein bestimmter Abschnitt herausgegriffen und als Querschnittsbild festgehalten. An anderer Stelle [2] haben wir die gegenwärtige Situation – zehn Jahre nach der „Wende“ – als „Psychiatrie im Übergang“ charakterisiert. Hier ist weder Raum, um nachzuvollziehen, wie die jetzt vorgefundene Situation entstanden ist, noch der rechte Ort, um künftige Entwicklungslinien vorwegzunehmen. Unsere Momentaufnahme zeigt, dass planende und steuernde Eingriffe erforderlich sind; Grundlage jeder Planung sollte aber eine genaue Situationskenntnis sein. Die Tätigkeit der Besuchskommissionen und das in der Geschäftsstelle des Ausschusses gesammelte Material bilden eine gute Informationsquelle für eine regelmäßige Aktualisierung der hier vorgestellten Bestandsaufnahme. Wenn dem Ausschuss die nötigen wissenschaftlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, kann daraus ein brauchbares Instrument für ein zeitnahe „Monitoring“ der Dynamik aktueller und künftiger Entwicklungen entstehen.

Ein Aspekt dieser Dynamik sei zum Abschluss angesprochen: Seit der „Wende“ hat das Land Einwohner verloren. Das bedeutet, dass die Kennziffern der bevölkerungsbezogenen Versorgungsdichte – etwa die Bettenmessziffern – steigen, auch wenn keine neuen Plätze – etwa Krankenhausbetten – entstehen. Die Bevölkerung schrumpft aber nicht gleichmäßig; der Schwund geht zurück auf den Geburtenrückgang und auf den Wegzug junger Familien in wirtschaftlich prosperierende Regionen. An dieser Wanderungsbewegung sind die kranken, behinderten und alten Menschen eher nicht beteiligt; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt an. Mit anderen Worten: Der auf die Einwohnerzahl bezogene Bedarf an medizinischer und psychiatrischer Hilfe wird wachsen.

#### Referenzen:

1. Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt (Hrsg.): 5. Bericht, Mai 1997 – April 1998. Halle 1998.
2. Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-

Anhalt (Hrsg.): 6. Bericht, Mai 1998 – April. Halle 1999.

3. Böcker FM: 6. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt. Spektrum 28:6 (1999) 173.
4. Johnson S, Kuhlmann R, European Psychiatric Care Assessment Team: The European Service Mapping Schedule (ESMS) Version 3 – February 1997.
5. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Psychiatrische Versorgung und Suchtkrankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt. Teil 1: 1. Fortschreibung des Psychiatrieplanes. Magdeburg 1996.
6. Landesamt für Versorgung und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Jahresstatistik 1998. Halle 1999.
7. Ernst K: Psychiatrische Versorgung heute: Konzepte, Konflikte, Konsequenzen. Stuttgart 1998: Kohlhammer.
8. Becker T, Kluge H: Patientenorientierte Dokumentation in der Vernetzung: Stationär – teilstationär – ambulant – komplementär. Symposium „Informationssysteme für Arzt und Pflege im Psychiatrischen Krankenhaus“, St. Joseph-Krankenhaus Berlin Weissensee, 26.05.2000.
9. Böcker FM: Der Beitrag psychiatrischer Abteilungen zur Umgestaltung der stationären Versorgung: Das Beispiel Sachsen-Anhalt. Psychiat Prax 25 (1998) 179-182.
10. Kauder V, Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichts zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Bonn 1998: Psychiatrie-Verlag (Psychosoziale Arbeitshilfen 11).
11. Trenckmann U: Ausgrenzung und Integration psychisch Kranker – der Januskopf der Psychiatrie im historischen Rückblick. Vortrag zum Symposium: Gewalt gegen psychisch Kranke: gestern, heute – und morgen? anlässlich der Nationalen Gedenkfeier für die Opfer des Nationalsozialismus unter den psychisch Kranken und Behinderten. Arnsdorf: 10.03.2000.
12. Böcker FM, Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf: Die Situation in Sachsen-Anhalt. Halle 1999.

Abb. 1: Bevölkerungsdichte (Einwohner pro Quadratkilometer)

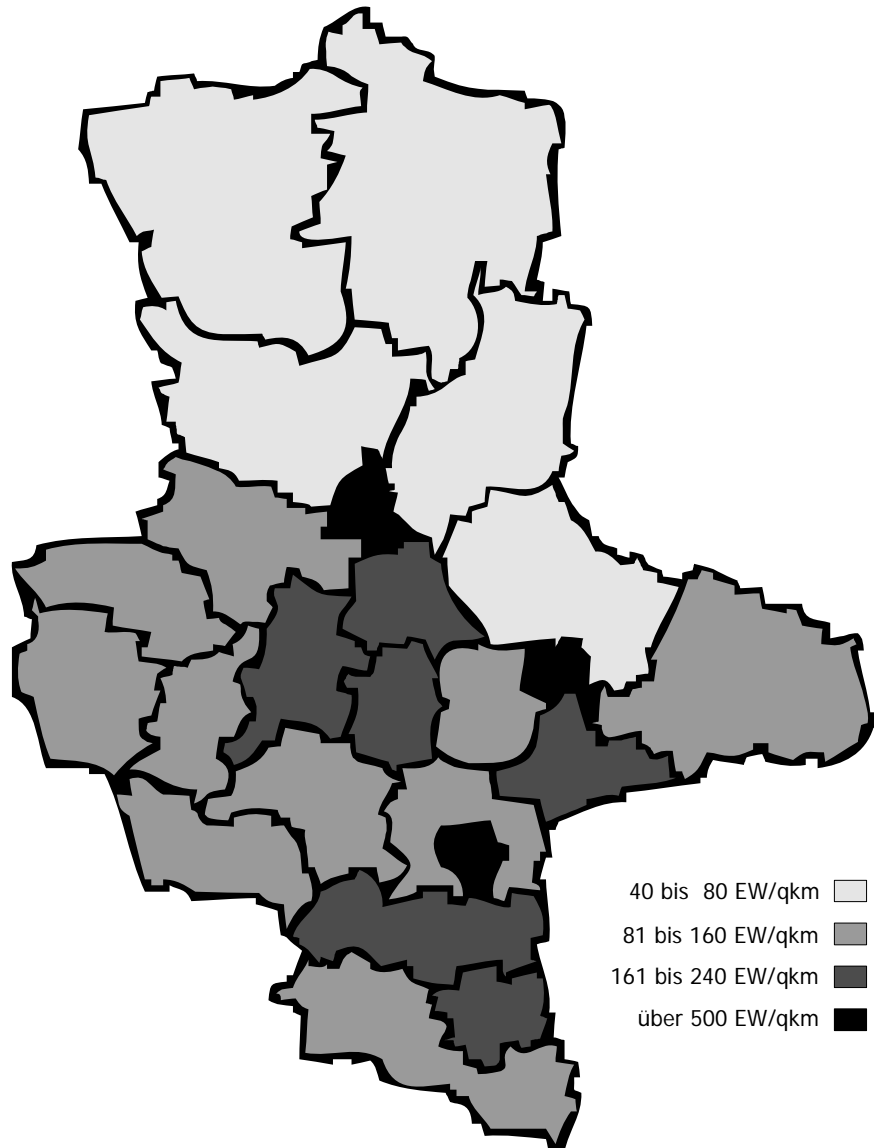


Abb. 2: Akutbetten pro 100.000 EW (regionsbezogen)

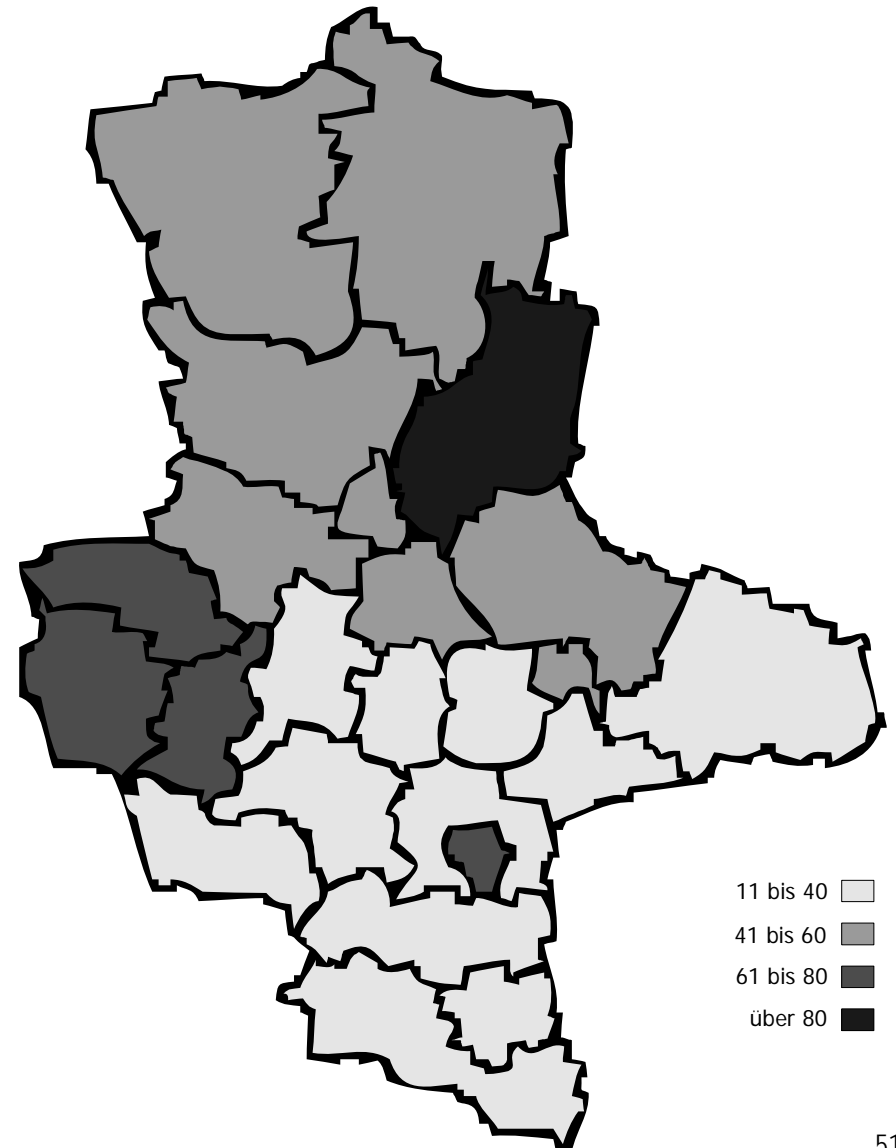
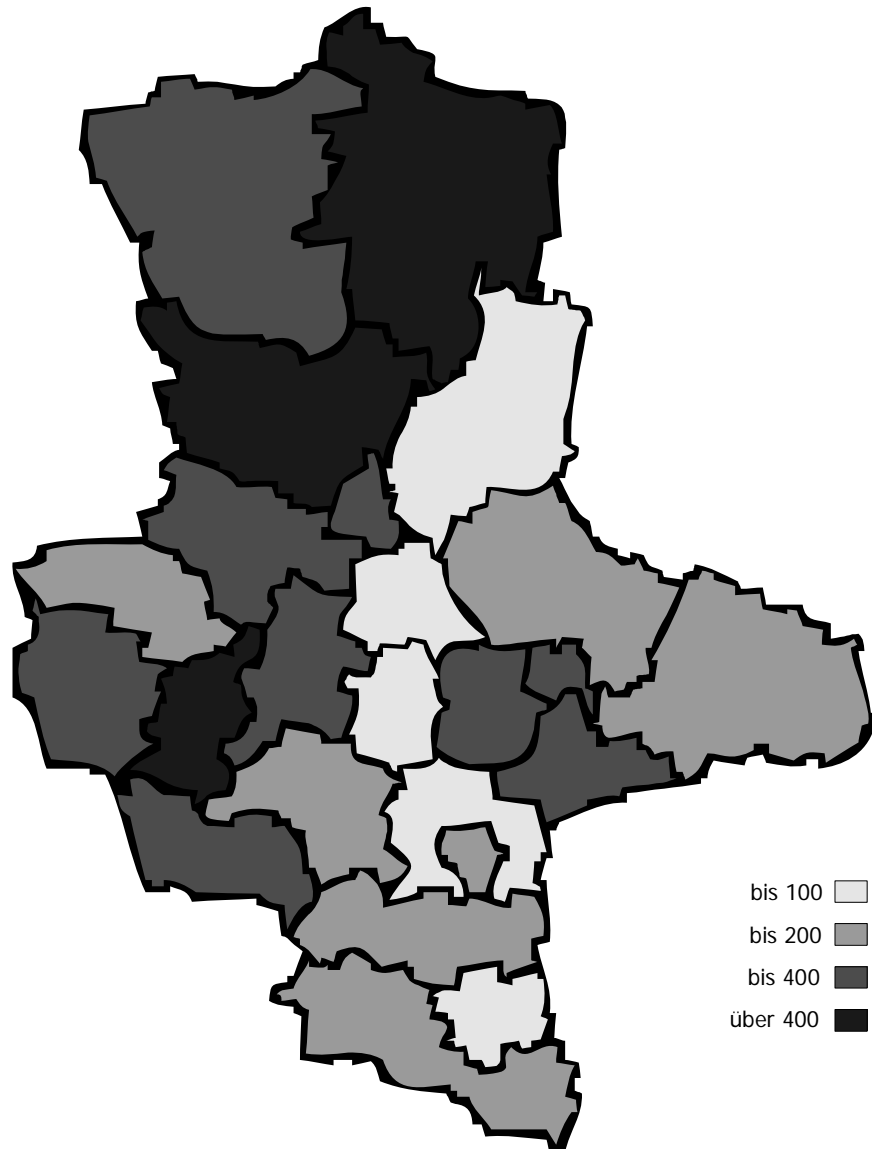


Abb. 3: Wohnheim (unbefristet): Plätze pro 100.000 EW





## **Anhang**

### **1. Berichte der regionalen Besuchskommissionen**

#### **Bericht der Besuchskommission 1**

Vorsitzende Frau MR Dr. Ilse Schneider, Stellv. Vorsitzende Frau Dr. Christel Conrad

Infolge einer länger dauernden Erkrankung der Kommissionsvorsitzenden erfolgten nur im Frühjahr/Sommer 1999 und vom Januar bis April 2000 Besuche in den Einrichtungen der Landkreise

#### **Jerichower Land**

Für den Landkreis wurde ein Psychatrieplan unter Mitarbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) erarbeitet, in dem alle erforderlichen Strukturen für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung aufgeführt und Defizite benannt wurden.

Danach gibt es für psychisch chronisch Kranke bisher keine ausreichenden Hilfsangebote. Z. B. fehlen das Betreute Wohnen und ein Heim für seelisch Behinderte. Auf die stationäre Einrichtung (Heim) könnte verzichtet werden, wenn eine ausreichende Kapazität für das Betreute Wohnen vorgehalten bzw. wenn im Bedarfsfall auf eine entsprechende Einrichtung im Nachbarkreis zurückgegriffen werden könnte. Hierzu bedarf es noch vernetzter Kooperationen im Landkreis und überregionaler Absprachen.

Die Strukturen der Behindertenhilfe für geistig und mehrfach Behinderte erscheinen nach Eröffnung des Wohnheimes der AWO in Jerichow ausreichend.

Bezüglich der Suchtkrankenhilfe wird auf die Einschätzung im 6. Bericht verwiesen. Die ambulanten und halbstationären psychiatrischen Behandlungen sind sichergestellt, nicht zuletzt dadurch, dass es psychiatrische Tageskliniken in Genthin und Burg gibt.

#### **Landkreis Stendal**

Im Vergleich zum 6. Bericht ist anzumerken, dass für eine zielgerichtete weitere Enthospitalisierung der Heimbereiche am Fachkrankenhaus Uchtspringe eine entsprechende Unterstützung durch den gesamten Landkreis erforderlich ist. Angebote anderer Heimträger mit freien Kapazitäten sollten dabei koordiniert und genutzt werden.

Für die Suchtkrankenhilfe ist es kontraproduktiv und sehr bedauerlich, dass die finanzielle Landesunterstützung in diesem Jahr für niedrighwellige Angebote, wie sie der Internationale Bund (IB) mit dem „Saftladen“ in Stendal vorhält, nicht mehr bereitgestellt wird.

#### **Altmarkkreis Salzwedel**

Im Vergleich zum vorigen Jahr muss festgestellt werden, dass sich die ambulante psychiatrische Versorgung für den Flächenlandkreis verschlechtert hat. Nach Schließung einer Praxis ist seit Anfang 2000 nur noch ein niedergelassener Nervenarzt tätig. Die Kommission sieht sich gezwungen, hier von einem Behandlungsnotstand auf dem Fachgebiet Psychiatrie/Neurologie zu sprechen, der nicht geduldet werden darf.

## **Besuche im Einzelnen**

### **1. Wohnheim für Behinderte „Friedrich Lorenz“ der Caritasträgergesellschaft St. Mauritius in Beetzendorf, Besuch am 10.05.1999**

Das neu erbaute Wohnheim hat eine Kapazität von 84 Plätzen. Hier werden geistig und mehrfach behinderte Gehörlose und geistig Schwerstbehinderte im Erwachsenenalter aufgenommen. Der Bauzustand des Wohnheimes ist sehr gut. Die Integration der Einrichtung in die Gemeinde erscheint gut gelungen. Die tagesstrukturierenden Angebote wurden auf die Fähigkeiten der Bewohner ausgerichtet. Es war spürbar, dass sich die Heimbewohner dort wohl fühlten.

Die Einrichtung nimmt vorrangig Behinderte aus dem Altmarkkreis Salzwedel auf. Der Träger beabsichtigte, mit seinen Wohnheimen in Beetzendorf, Letzlingen und Kunrau einen Heimverbund für geistig behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu schaffen. Diese Absicht konnte er bereits zum großen Teil realisieren. Innerstrukturelle Veränderungen werden durch die rückläufigen Zahlen heimbedürftiger Kinder erforderlich werden.

### **2. Kinderheim „Julianenhof“ des DRK KV östliche Altmark e.V. in Müggenbusch bei Havelberg, Besuch am 14.06.1999**

Die Einrichtung ist ein Wohnheim für schwerst mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit 45 Plätzen (Alter der Heimbewohner von 3 bis 29 Jahren). Zum Besuchszeitpunkt war das Wohnheim voll belegt. Die drei Wohnheimbereiche werden infolge des hohen Pflegeaufwandes als Pflegebereiche bezeichnet. Wenn die Maßnahmen der Eingliederungshilfe bei einzelnen Bewohnern eine spätere Werkstattfähigkeit erreichen, wird ein Umzug in ein Wohnheim an der WfB mit dem WfB-Besuch vorbereitet. In der Mehrzahl der schwerstbehinderten Bewohner ist diese Zielstellung jedoch kaum erreichbar.

Das Betreuungspersonal ist sehr engagiert und trotz der engen räumlichen Verhältnisse um individuelle Pflege und Betreuung bemüht. Die Kinder im Schulalter besuchen die G-Schule in Havelberg. Zwei Kinder erhalten Hausbeschulung.

Die Sanierung und Rekonstruktion des Christianen-Hauses der Einrichtung ist dringlichst erforderlich, da die räumlichen Bedingungen dem Förderanspruch und dem Pflegebedarf in keiner Weise genügen.

Eine Sorge der Einrichtung besteht darin, dass nur eine geringe Zahl von neuen Unterbringungen zu erwarten ist und damit die Auslastung nicht mehr gesichert scheint. Für die heranwachsenden Heimbewohner ist die Weiterführung der Eingliederungshilfe nach dem Jugendalter innerhalb der Einrichtung zwar gewünscht, aber noch unregelt.

Die Kommission regt an, den landesweiten Bedarf an Einrichtungen, die schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche nach dem BSHG betreuen, zu ermitteln und über eine Landesplanung kleinere Einrichtungen besonders zu unterstützen bzw. Einrichtungen für ein überregionales Einzugsgebiet vorzuschlagen.

**3. Wohnanlage und Betreutes Wohnen Mühlenberg in Schollene der GIW-Mühlenberg gGmbH - Bauträger Reha-Zentrum Berlin Ost e.V.  
Besuch am 14.06.1999**

Die neue Anlage umfasst fünf Wohnkomplexe mit 20 Ein-Raum-Wohnungen und zehn Zwei-Raum-Wohnungen, die im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus gefördert wurden. Sie ist für behinderte und nicht behinderte Menschen vorgesehen, die integratives Wohnen praktizieren wollen. Das Einzugsgebiet erfasst nicht nur Sachsen-Anhalt, sondern durch die regionale Nähe auch das Land Brandenburg und die Stadt Berlin.

Durch den zusätzlichen Ausbau der Dachgeschosse wurden weitere Wohnungen geschaffen, so dass dort insgesamt 60 behinderte und sozial benachteiligte Menschen leben können.

Zwölf Bewohner leben im Betreuten Einzelwohnen. Im Wohnheim der Anlage leben in drei Wohngruppen je zehn Bewohner. Die Betreuer bieten tagesstrukturierende Angebote, wobei die Kommission zum Besuchstermin einschätzt, dass die Beschäftigungsangebote noch weiter ausbaufähig sind.

Zum Zeitpunkt des Besuches waren drei Heimbewohner auf einen Rollstuhl angewiesen. Die gesamte Anlage ist rollstuhlgerecht ausgebaut.

Aus dem Heimbereich Uchtspringe war bisher kein Bewohner hierher vermittelt worden, obwohl die Einrichtung im Landkreis Stendal liegt und gut in den Enthospitalisierungsprozess hätte einbezogen werden können.

Für das Gelände der Wohnanlage waren ein Hotel mit Restaurant und eine Bowlingbahn geplant. Das Haus stand bereits, ein Pächter oder Betreiber wurde noch gesucht.

**4. Wohnheim Vinzelberg der Stiftung Uhlebüll, Galmsbüll, in Vinzelberg  
Besuch am 05.07.1999**

Die Einrichtung ist ein Wohnheim für geistig Behinderte. Es entstand in der Absicht, am Enthospitalisierungsprozess des ehemaligen Landeskrankenhauses Uchtspringe teilzunehmen. Es sollten dort insbesondere verhaltensgestörte geistig Behinderte Aufnahme finden. Leider blieben die Bemühungen der Einrichtung, die Kapazität auszulasten, bis zum Zeitpunkt des Besuches ohne Erfolg, da der Heimbereich Uchtspringe der SALUS gGmbH keine Heimbewohner mehr in trägerfremde Einrichtungen entlässt.

Für die Bewohner wurde ein Beschäftigungsbereich außerhalb des Heimes geschaffen. Es besteht ein interner Hol- und Bringedienst, in den alle Heimbewohner einbezogen sind.

Besonders zu erwähnen ist das sozialtherapeutische Engagement des Betreuungspersonals bezüglich der individuellen Einflussnahme auf jeden einzelnen Heimbewohner, verbunden mit dem Bemühen, eine Reduzierung von sedierenden Medikamenten zu erreichen, soweit es dem Zustand des Betroffenen dienlich ist.

**5. Heimbereich Uchtspringe der SALUS gGmbH,  
Besuch am 10.01.2000**

Der Heimbereich ist ein eigenständiger Betriebsteil der SALUS gGmbH, die in Uchtspringe auch das Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Klinik für Forensische Psychiatrie betreibt.

Derzeitiger Heimleiter ist übergangsweise der Geschäftsführer der SALUS gGmbH. Die im Januar 1999 eingestellte stellv. Heimleiterin absolviert gerade die erforderliche Zusatzqualifikation, um anschließend die Leitung des Heimbereiches zu übernehmen.

Zum Zeitpunkt des Kommissionsbesuches lebten im Heimbereich noch rund 320 Bewohner, davon 260 auf dem Gelände der Klinik. 60 Bewohner sind als seelisch behindert eingestuft und 49 haben Altenpflegestufen. Bis auf 5 Bewohner haben alle Bewohner einen Betreuer. Außerhalb des Geländes wurden ca. 60 Bewohner in einem Wohnheim in Bismark und in zwei Heimen in Jävenitz sowie in einem Heim in Gardelegen untergebracht. Der Besuch in

Heim Bismark vermittelte der Kommission den Eindruck eines Umzuges der schwerstbehinderten Bewohner aus dem Klinikgelände in ein anderes Heimgebäude. Eine echte Ent-Hospitalisierung war nicht erkennbar.

Auf dem Heimgelände hat inzwischen eine Differenzierung in den Wohnangeboten begonnen. Es gibt Einzel- und Gemeinschaftswohnen. Einige Häuser sind saniert, dennoch finden sich auch in ihnen noch Vier- bis Fünf-Bett-Zimmer, z.T. mit Durchgangszimmern. Die unsanierten Häuser bedrücken durch räumliche Enge und den katastrophalen baulichen Zustand aller Zimmer, insbesondere auch der Sanitär- und Toilettenbereiche.

Frühere Konzeptionen sahen vor, Außenwohngruppen für die Mehrzahl der Bewohner zu schaffen, um bis zum Jahr 2008 auf dem Gelände des ehemaligen Landeskrankenhauses nur noch mit 50 geistig behinderten Heimbewohnern zu arbeiten, denen auf Grund ihres langjährigen Wohnens in Uchtspringe, sie lebten zurzeit bereits im Durchschnitt 30 Jahre hier, Heimatrecht gewährt wird. Der derzeitige Stand lässt eine Umsetzung der ursprünglichen Konzeption noch nicht erkennen. Im Jahre 1999 haben nur zehn Heimbewohner die Einrichtung verlassen, sie wohnen jetzt in einem Wohnheim an WfB und arbeiten in einer Werkstatt für Behinderte.

Auch die Personalsituation entspricht noch nicht den Anforderungen. Der derzeitige Ausbildungsstand und der reale Betreuungsschlüssel lassen eine gezielte und personenbezogene Eingliederungshilfe, eine ausreichende Tagesstrukturierung und genügend individuelle Therapieangebote nicht zu. Die Heimleitung wies darauf hin, dass die Mittel aus dem Enthospitalisierungsfonds des Landes zu gering sind und somit die Umsetzung der „Leitlinien zur Enthospitalisierung“ nicht wie vorgesehen erfolgen kann.

#### **6. Sozialtherapeutisches Zentrum „Schloss Ringelsdorf“ der Volkssolidarität Verwaltungs gGmbH Sachsen-Anhalt, Besuch am 07.02.2000**

Diese Einrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke wurde von der Kommission das erste Mal besucht. Sie gehört zum Verbundsystem „Sozialtherapeutische Zentren“ der Volkssolidarität. Das Haus, unterteilt in einen Wohnheim- und einen Pflegebereich, bietet 24 Plätze mit individuell und freundlich ausgestalteten Zimmern an. Ein rollstuhlgerechter Zugang ist derzeit noch nicht möglich. Das Schlossgebäude, ehemals genutzt als Altenpflegeheim, wird zurzeit saniert und ist dann auch rollstuhlgerecht eingerichtet.

Eingliederungshilfen, Therapieangebote, Freizeitmöglichkeiten und Integration in das Ortsgeschehen orientieren auf den weitestgehenden Wiederaufbau sozialer Kompetenzen der chronisch geschädigten Suchtkranken. Die parkähnliche Umgebung der Einrichtung macht eine Beschäftigung in der Gartenpflege sowie Tierhaltung möglich, was von den Heimbewohnern sehr begrüßt wird.

Da Schloss Ringelsdorf Alkoholranke mit Folgeschäden nicht nur aus dem Jerichower Land aufnimmt, sondern auch Betroffenen aus Magdeburg zur Verfügung steht, wird nach Sanierung und Umzug in das Schloss sowie mit der Schaffung eines Außenwohnbereiches mit weiteren 20 Plätzen eine wesentliche Verbesserung in der Suchtkrankenhilfe zu erwarten sein, die auch der Landeshauptstadt zugute kommt.

#### **7. Wohnheim an WfB Genthin der Elbe-Havel-Werkstätten gGmbH Schönhausen, Besuch am 07.02.2000**

Das Wohnheim für werkstattfähige geistig behinderte Menschen, in der Innenstadt Genthins gelegen, wurde im November 1996 nach abgeschlossener Rekonstruktion des bestehenden Altbauteils und dem Anbau eines Neubaus in Betrieb genommen. Der Kommission ist besonders die harmonische Architektur aufgefallen. Es werden 30 rollstuhlgerechte Wohnheimplätze in Ein- und Zweibettzimmern vorgehalten. In der Einrichtung herrscht ein familiärer Umgang zwischen Mitarbeitern und Bewohnern. Die Bewohner, die tagsüber in verschiedenen Bereichen der Elbe-Havel-Werkstätten arbeiten, fühlen sich offensichtlich in

der Einrichtung wohl, was auch im freundlichen und hilfsbereiten Umgang miteinander zum Ausdruck kommt. Individualität und Selbstständigkeit werden durch das sonderpädagogisch geschulte Personal besonders gefördert.

#### **8. Klinik für Forensische Psychiatrie Uchtspringe der SALUS gGmbH, Besuch am 02.03.2000**

Die Maßregelvollzugseinrichtung ist zuständig für die Unterbringung von psychisch kranken Straftätern, die hier gemäß § 63 StGB, § 126 a StPO und 81 StPO auf richterlichen Beschluss eingewiesen werden.

Die Klinik hält derzeit 175 Planbetten vor, ist aber permanent überbelegt. Zum Zeitpunkt des diesjährigen Besuches befanden sich 214 Patienten in der Einrichtung. Hierfür mussten Zweibettzimmer mit bis zu vier Betten ausgestattet und selbst das therapeutisch wichtige Kontaktzimmer in ein Patientenzimmer umgerüstet werden. Die ständige Überbelegung wirkt sich auf das Behandlungsklima sehr ungünstig aus, was auch in gehäuften Beschwerden der Patienten an die Kommission und an den Ausschuss zum Ausdruck kommt. Die Klinikleitung hofft mit dem baldigen Abschluss des letzten Bauabschnittes Mitte 2001 auf eine entsprechende Entlastung.

Als ein besonders Problem wurde der Kommission die große Zahl der schwer behandelbaren Sexualstraftäter geschildert, für die auf Grund ihrer besonderen Lebenssituation und Persönlichkeitsstörung überwiegend ein Langzeitaufenthalt in der Klinik resultiert.

Die in der Anfangsphase aufgetretenen Defizite in der Weiterbildung des Personals konnten inzwischen ausgeglichen werden.

Für jede Station stehen zwei Therapeuten, i.d.R. ein Arzt und ein Psychologe oder zwei Psychologen, zur Verfügung. Die erforderliche Personalausstattung ist jedoch noch nicht erreicht worden. Insbesondere fehlt es an Fachärzten. Zum Zeitpunkt des Besuches stand die Neubesetzung der Stelle des Chefarztes ab 01.04.2000 an. Nach Aussage der Leitung würde die kommissarische Besetzung der Stelle gesichert werden; die Stelle sei bundesweit ausgeschrieben.

#### **9. Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Jerichow der AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft gGmbH, Besuch am 03.04.2000**

Das Fachkrankenhaus Jerichow dient der stationären Regionalversorgung psychisch Kranker, Suchtkranker, gerontopsychiatrisch Erkrankter und geistig Behinderter mit krankheitsbedingten Verhaltensstörungen aus dem Landkreis Jerichower Land und der Stadt Havelberg, die zum Landkreis Stendal gehört.

Die räumlichen Bedingungen der Akutpsychiatrie müssen immer noch als unzureichend bezeichnet werden. Erst im Laufe der Rekonstruktionen und Sanierungen der einzelnen Häuser des Fachkrankenhauses werden Verbesserungen eintreten. Dagegen konnte das Haus für die psychotherapeutische Behandlung durch Rekonstruktionsmaßnahmen inzwischen auf den Stand moderner Anforderungen gebracht werden.

Nach wie vor gibt es hier in Jerichow die besondere Möglichkeit der Behandlung psychisch Kranker mit einer TBC oder einer anderen Infektionskrankheit. Ebenso positiv vermerkt wurde von der Kommission die Einrichtung von tagesklinischen Behandlungsplätzen in Burg, Genthin und Havelberg, wodurch entscheidend zu einer gesicherten wohnortnahen psychiatrischen Versorgung im Flächengebiet östlich der Elbe beigetragen werden kann.

## **10. Wohnheime für geistig Behinderte des AWO-Heimverbundes Jerichow Besuch am 03.04.2000**

Das Wohnheim für Behinderte des AWO-Heimverbundes Jerichow ist hervorgegangen aus dem vorläufigen Heimbereich des Fachkrankenhauses Jerichow. Es besteht aus einem Bereich für geistig behinderte Personen, der derzeit mit 33 Bewohnern in zwei Häusern belegt ist und auf 50 bis 60 Plätze erweitert werden soll. Ferner aus einem Bereich für seelisch Behinderte mit 20 vornehmlich älteren Bewohnern, die derzeit in einer ehemals als Wohnhaus genutzten Villa untergebracht sind. Während die geistig Behinderten in zwei modernen, individuellen Bedürfnissen entsprechenden und neu eröffneten Häusern wohnen, ist die Situation für die seelisch behinderten vornehmlich älteren Personen als unbefriedigend anzusehen.

Das Therapiekonzept für die geistig Behinderten ist differenziert und mit vielfältigen Therapie- und Förderangeboten auf Normalisierung und Integration ausgerichtet. Als günstig sieht die Kommission die Differenzierung mit 10 Betreuungsplätzen für verhaltensauffällige geistig Behinderte an.

Als problematisch wird jedoch die Situation der seelisch Behinderten gesehen, die nicht in die frisch renovierten und ausgestatteten Häuser der geistig Behinderten mit einziehen können, weil ansonsten Fördergelder zurückzahlen wären. Es erscheint dringend notwendig, die Situation der seelisch behinderten älteren Menschen zu verbessern. Die Kommission empfiehlt eine bessere Abstimmung innerhalb des Landkreises zur Verbesserung der Situation der seelisch behinderten Menschen.

## **Bericht der Besuchscommission 2**

Vorsitzender Dr. Alwin Fürle, Stellv. Vorsitzende Frau Roswitha Schumann

### **Landeshauptstadt Magdeburg**

Die psychiatrische Versorgung der Landeshauptstadt Magdeburg ist bis auf einzelne Bereiche gut strukturiert, sowohl durch administrative als auch durch beratende, therapeutische und psychotherapeutische Strukturen, besonders auch im Suchtkrankenbereich. Unverändert ist die unzureichende Situation in der psychiatrischen Abteilung am Walter-Friedrich-Krankenhaus; der vorgesehene Neubau des Krankenhauses und der dann geplante Umzug der Psychiatrie in den sanierten Altbau verzögern sich immer wieder. Zu bemängeln ist die noch immer völlig unzureichende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im universitären Bereich und in der Stadt.

Die Bemühungen um ein ambulant Betreutes Wohnen erscheinen der Besuchscommission als zu gering. Verstärkte Anstrengungen sind auch im Familienentlastenden Dienst (FED) erforderlich, um die besonders schwierige Situation von Angehörigen psychisch Kranker zu erleichtern. Die Finanzierung von Begegnungsstätten ist unklar. Begegnungsstätten sind aber ein wichtiges Glied in der Reintegration, besonders der seelisch Behinderten. Schließlich ist noch die gelegentlich erforderliche längerzeitige Behandlung und Betreuung psychisch Kranker ein Problem, das nach Ansicht der Besuchscommission derzeit unbefriedigend bearbeitet wird.

### **Landkreis Bördekreis**

Durch den Neubau des Pflegeheimes Gröningen ist ein wesentliches Problem in der Betreuung mehrfachgeschädigter und psychisch pflegebedürftiger Kranker gelöst worden. Insgesamt aber ist der recht große Flächenkreis von der psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsstruktur her letztlich unzureichend versorgt; sowohl durch zu wenig niedergelassene Fachärzte als auch durch den erschwerten Zugang zu Beratungsstellen und Betreuungsmöglichkeiten. Die Psychiatrieplanung sollte gerade die Flächensituation, die Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Betreuungsstellen beachten und auch für eine angemessene Größe und personelle Ausstattung der Betreuungseinheiten sorgen.

### **Landkreis Ohrekreis**

Im letzten Jahr hat sich eine Verbesserung der Gesamtsituation ergeben und einige Aspekte, die mehrfach vom Psychiatrieausschuss angesprochen wurden, wurden gelöst oder in Lösung begriffen. Das betrifft einerseits die Versorgung der bisher in Brumby betreuten geistig Behinderten als auch die bisher in Schloss Detzel Betreuten. Die Auslastung der Wohnstätte „Flora“ in Haldensleben war auch beim letzten Besuch noch unzureichend, ebenso das Enthospitalisierungsgeschehen im Heimbereich am Fachkrankenhaus Haldensleben. Von der Besuchscommission wurde darauf hingewiesen, dass man vorhandene Kapazitäten im Kreis nutzen sollte, um den Enthospitalisierungsprozess zügig fortzuführen. Eine reine Umhospitalisierung darf nicht akzeptiert werden. Den Verantwortlichen der Ohrekreisverwaltung wurde von der Kommission erneut die Bedeutung des Betreuten Wohnens mit ambulanter Versorgung erläutert und seine Einrichtung empfohlen.

## **Landkreis Schönebeck**

Die Besuchskommission hatte in dem letzten Jahr den Eindruck, dass sich im Kreis Schönebeck strukturell eine gute Entwicklung im psychiatrischen Versorgungsbereich vollzieht. Durch die Niederlassung der leitenden Psychiaterin des Gesundheitsamtes fehlt jedoch derzeit die fachärztliche Kompetenz des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Die Kommission hofft, dass die vakante Stelle bald wieder mit einem Facharzt besetzt werden kann und die geplanten Entwicklungen, vor allem auch im Komplementärbereich, realisiert werden.

Ansonsten wurde darauf hingewiesen, dass der Zugang zu Beratungsstellen aus entfernteren Bereichen, wie z. B. aus Gommern, nicht befriedigend gelöst ist. Die Kommission hatte den Eindruck, dass einige Versorgungsstrukturen sich auf die Nähe zur Landeshauptstadt verlassen. Auch hier wird es nötig werden, eigene Einrichtungen vorzuhalten, wobei auch hier auf die Entwicklung des Betreuten Wohnens hingewiesen wird.

## **Landkreis Anhalt-Zerbst**

Der Landkreis konnte im Berichtsjahr nicht besucht werden. Soweit der Besuchskommission bekannt ist, haben sich dort keine grundsätzlichen Veränderungen ergeben, so dass auf den Bericht von 1999 verwiesen werden kann.

## **Besuche im Einzelnen**

### **1. Heimbereich des Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Haldensleben, Medica Fachkrankenhaus GmbH Dortmund** Besuch am 05.05.1999

Der Heimbereich am Fachkrankenhaus Haldensleben versorgt noch immer über 250 Bewohner. Deren Wohn- und Lebenssituation waren insbesondere durch Belegungsreduzierungen in den Sälen und durch Modernisierung der sanitären Einrichtungen verbessert worden.

Die Besuchskommission hatte jedoch den Eindruck, dass die Enthospitalisierung nicht zielgerichtet betrieben wird und offensichtlich auch wirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen. Insbesondere wird den Möglichkeiten von Betreutem Wohnen oder Einrichtung von Außenstellen mit Rehabilitationscharakter zu wenig Augenmerk geschenkt.

Die Unterbringung in Räumen mit sechs Betten, die z.T. noch vorgefunden wurde, kann weder den Ansprüchen und Bedürfnissen der behinderten Heimbewohner noch den Forderungen nach optimaler heilpädagogischer Betreuung und psychiatrischer Behandlung genügen. Die angestrebte Entwicklung von Wohngruppen innerhalb des Heimbereiches wird von der Besuchskommission begrüßt.

Offensichtlich gibt es ständig Anfragen und Bitten um Aufnahme sog. „schwieriger Patienten“, d.h. von Heimbewohner mit schweren Verhaltensstörungen und konfliktreichen Heimkarrieren, die in anderen Einrichtungen angeblich „nicht zu führen“ sind. Für das Vorhalten einer speziellen Gruppe für diese Klientel wären besondere Konzeptionen und eine gezielte Fortbildung des Betreuungspersonals erforderlich.



**2. Wohn- und Übergangsheim „Flora“, Haldensleben**  
Besuch am 05.05.1999

Das Wohn- und Übergangsheim des Fördervereins Psychiatrie Haldensleben e.V. ist seit 1998 in Betrieb. 39 Plätze stehen für seelisch Behinderte zur Verfügung, 27 Plätze waren belegt. Das Haus ist sehr gut ausgestattet und hat eine günstige Verkehrsanbindung. Die Besuchskommission überzeugte sich von einer fachlich engagiert und gut geführten Einrichtung. Leider wird sie vom Landkreis noch zu wenig genutzt, um weiteren seelisch behinderten Menschen einen besseren Zugang zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu geben. Empfohlen wurde deshalb die Nutzung der vorhandenen freien Kapazitäten durch den Heimbereich des Fachkrankenhauses am Ort, einschließlich der Sicherung der fachärztlichen Behandlung durch die Institutsambulanz des Fachkrankenhauses.

**3. Sozialtherapeutisches Zentrum „Haus am Westring“, Magdeburg**  
Besuch am 02.06.1999

Das „Haus am Westring“ der Volkssolidarität ist eine stationäre Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke und hält 70 Plätze vor. Die Aufnahmen erfolgen gemeindenah. Die Nachfrage nach Plätzen ist nach wie vor groß. Entlastung erhält das Haus durch die im Jerichower Land vom Träger geführte Einrichtung Schloss Ringelsdorf (s. auch Bericht der Besuchskommission 1). Zurzeit besteht noch eine Mischbelegung von Altenpflegeheimbewohnern und Suchtgeschädigten. Das Gebäude ist veraltet, verwinkelt, nicht rollstuhl- und behindertengerecht, in vielen Bereichen desolat. Der Grundstein für den Neubau ist bereits gelegt. Nach Fertigstellung wird es das Problem der Mischbelegung nicht mehr geben. Der Versuch der Beschäftigung der Bewohner in einer Werkstatt für Behinderte erschien nicht geglückt: Deshalb plant der Träger, den Beschäftigungsbereich ggf. als selbstständigen Betrieb unter der gGmbH weiterzuführen.

**4. WfB der Lebenshilfe Werk Magdeburg gGmbH, Magdeburg**  
Besuch am 02.06.1999

Die Einrichtung als Werkstatt für Behinderte für derzeit 200 geistig und zehn seelisch Behinderte ist noch erweiterungsfähig. Geplant sind 280 Plätze. Der genehmigte Personalschlüssel von 1:12 erschien der Kommission unzureichend. Empfohlen wurde der Einsatz einer Krankenschwester für die Pflege schwerbehinderter Werkstattmitarbeiter. Die Einrichtung sollte personell- und kapazitätsmäßig aufgestockt werden. Die arbeitsmedizinische und neurologische Versorgung erfolgt regelmäßig. Insgesamt wurden das Engagement und die hohe Motivation der Mitarbeiter, die guten Arbeitsbedingungen und die angenehme Lebensqualität der Behinderten lobend hervorgehoben.

**5. Behinderteneinrichtungen des „Bodelschwingh-Haus“ Wolmirstedt e. V.,**  
Besuch am 08.09.1999

Die Einrichtungen des Bodelschwingh-Haus Wolmirstedt e.V. im Ohrekreis bieten in der Werkstatt für Behinderte Arbeit für 158 Beschäftigte. In gestuft konzipierten Heimbereichen wohnen 175 Heimbewohner, davon 38 Heimbewohner im Außenbereich Rehmerstraße. Die Kommission begrüßte es, dass im Innenstadtbereich von Wolmirstedt elf Wohnungen angemietet wurden, so dass ein gemeindenahes und selbstständiges Wohnen und Leben gewährleistet ist. Den unterschiedlichen Bedürfnissen der Behinderten wird Rechnung getragen. Fördereinrichtungen und Tagesstätte sowie vielfältige und anspruchsvolle Freizeitbereiche ergänzen das Angebot. Die Personalsituation ist durch ein hohes Qualifikationsniveau gekennzeichnet. Alle Mitarbeiter waren durch ein hohes Maß von Engagement erfüllt.

## **6. Berufsbegleitender Dienst für Behinderte, Magdeburg** Besuch am 06.10.1999

Mit einer geringen Personalausstattung werden Behinderte arbeitsmäßig und beruflich begleitet und beraten, sowohl Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch mit neurologischen und körperlichen Behinderungen. Der Begleitende Dienst arbeitet im Auftrag der Hauptfürsorgestelle des Landesamtes für Versorgung und Soziales. Träger ist „Der Weg“ e. V., Einzugsbereiche sind Magdeburg und der Landkreis Schönebeck. Jährlich werden 70 Behinderte betreut und begleitet. Die Betreuungsdauer umfasst im Durchschnitt zehn bis zwölf Monate. Der Bedarf an Beratung und Betreuung wird als höher eingeschätzt, kann aber auf Grund der derzeitigen personellen Ausstattung nicht befriedigt werden. Die Kooperation mit Krankenhäusern, Sozialämtern, Versorgungsämtern usw. wurde als gut geschildert, Supervision der Einrichtungsmitarbeiter erfolgt. Datenschutz und Rechtsstellung der Betreuten schienen gesichert.

## **7. Tagesstätte für psychisch Kranke „St. Martin“, Magdeburg,** Besuch am 06.10.1999

Die neu eingerichtete Tagesstätte, deren Träger der Magdeburg Stadtmission e. V. ist, war am 01.09.1999 eröffnet worden und erschien sachgerecht, freundlich und mit Liebe ausgestattet. Der Umgang der Mitarbeiter mit den behinderten Besuchern war durch Gemeinsamkeit geprägt. Rechtliche Grundlagen bilden die §§ 39, 40 und § 100 BSHG und die derzeit gültigen Förderrichtlinien von Tagesstätten. Die Kapazität beträgt 20 Plätze. Die derzeitige Auslastung liegt bei 13 Plätzen. Aufnahmeverfahren scheitern manchmal auf Grund von Finanzierungsproblemen der Betroffenen. So wird z. B. bei verheirateten psychisch Kranken die Berechnung des Gesamteinkommens zugrunde gelegt, dadurch werden behinderte Besucher gelegentlich zu Selbstzahlern und Familienangehörige zu Sozialhilfeempfänger, was für viele nicht akzeptabel ist.

Der Tagesstättenbesuch für Bewohner des Betreuten Wohnens sei nach Aussage der Mitarbeiter trotz Notwendigkeit vom Sozialamt abgelehnt worden. Hier besteht Klärungsbedarf. Nach Lösungsmöglichkeiten sollte gesucht werden.

Insgesamt scheint die Kapazität der Einrichtung für die Versorgung der Stadt ausreichend zu sein. Die der Kommission recht dürftig erscheinende Bezahlung des Personals wurde mit der zu geringen Auslastung der Tagesstätte begründet. Auch hier gibt es offensichtlich Klärungsbedarf.

## **8. Wohnheim- und Übergangwohnheim für seelisch Behinderte „Der Weg“ e. V., Magdeburg, Besuch am 06.10.1999**

Das Wohnheim- und Übergangwohnheim ist eine stationäre Einrichtung für psychisch chronisch Kranke und bietet Eingliederungshilfe nach §§ 39/ 40 BSHG. Es hält 54 Plätze im Heim und in Außenwohnbereichen vor, ist optimal ausgelastet und verkehrsgünstig gelegen. Einrichtung und Therapiebedingungen, Außenanlagen und Atmosphäre wurden von der Kommission als gut beurteilt. Der Betreuungsschlüssel von 1:6 erschien allerdings unzureichend. Auf Grund der Wohnsituation im Heim mit z.T. Durchgangsbereichen und Zweibettzimmerbelegung kommt es immer wieder zu Spannungen zwischen den Bewohnern. Zur Entlastung plant der Träger Veränderungen. Eine neue Gesamtkonzeption zielt auf die Schaffung eines Wohnverbundes aus Wohn- und Übergangsheim, Außengruppen und Betreuten Wohnen. Dabei sollen Heimplätze reduziert und Außengruppen erweitert werden. Die Reduzierung der 54 Heimplätze zugunsten der Außenwohngruppen wurde bisher leider vom überörtlichen Träger abgelehnt. Dies ist für die Besuchskommission nicht nachvollziehbar, da hier offensichtlich Verwaltungsregularien wichtiger sind als die Bedürfnisse der behinderten Bewohner nach gestuftem Wohnangebot. Die Arbeit der Einrichtung wird durch eine Begegnungsstätte und eine Angehörigengruppe ergänzt.

**9. Sucht- und Drogenberatungsstelle, DPWV LV, Haldensleben**  
Besuch am 10.11.1999

Einzugsgebiet der Beratungsstelle ist der Ohrekreis. Die Betreuung des gesamten Flächenkreises ist durch die notwendige Konzentration auf Wolmirstedt und Haldensleben unzureichend. Eine Erweiterung innerhalb des Kreises erscheint dringend geboten, um dem Betreuungsanliegen im Suchtbereich genüge tun zu können. Es fehlen Beratungsangebote z.B. auch für Jugendliche mit illegalem Drogenkonsum. Sowohl die personelle als auch die räumliche Situation der Beratungsstelle muss als unzureichend eingeschätzt werden. Die Förderung der Beratungsstelle durch den Landkreis müsste durch stärkeres Engagement auch der Krankenkassen erweitert werden. Die wachsende Mobilität im Suchtbereich zwingt zu einer Erweiterung des Suchtberatungsangebots, nicht nur in den Städten, sondern auch in der Fläche des Landkreises. Dazu gehören auch Nachsorgeangebote und niedrigschwellige Hilfen vor Ort.

**10. Wohnheim an WfB der Neinstedter Anstalten „Schloss Detzel“**  
Besuch am 10.11.1999

Die Werkstatt für Behinderte im Schloss Detzel war nach dem letzten Besuch der Kommission aufgegeben worden. Die Bewohner der Wohnheime an WfB von Calvörde, Haldensleben und Schloss Detzel besuchen nun die WfB der Lebenshilfe Ostfalen in Hundisburg. Im Wohnheim Detzel liegt noch eine Mischbelegung vor. Zwölf Heimbewohner waren inzwischen nach Calvörde und acht Bewohner nach Haldensleben in ein Mietobjekt umgezogen. Deshalb wurde von der Kommission die neue Einrichtung in Calvörde besucht, die sich durch helle, freundliche und zum Teil große Einzelzimmer auszeichnet, so dass sich die Entwicklung des Hauses „Schloss Detzel“, nunmehr in Calvörde, als Erfolg darstellt. Die Vermittlung von Lebensorientierung in Umwelt und Integration in der Umgebung ist dort wesentlich günstiger zu bewerkstelligen. Der derzeitige Personalschlüssel ist ausreichend, um den Bewohnern die notwendige Unterstützung zu geben.

**11. Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst in der Abteilung kinder- und jugendärztlicher Dienst der Stadt Magdeburg**  
Besuch am 12.01.2000

Der Dienst berät und begutachtet entwicklungsgestörte psychisch, geistig, körperlich und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche, berät deren Sorgeberechtigte und leitet Therapien und andere Hilfsmaßnahmen, z.B. in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, ein. Über ein Bundesmodellprojekt, das Ende Juni 1999 erfolgreich beendet und verteidigt wurde, sollten Möglichkeiten der Kooperation aller beteiligten Einrichtungen und damit der Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen in Magdeburg erforscht und erprobt werden. Die Ergebnisse und Anregungen des Projektes veranlassten das Gesundheitsministerium, das Modell in zwei Landkreisen weiterzuführen. Für die Landeshauptstadt wäre es dringend notwendig, dass endlich die Versorgungssituation auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Magdeburg verbessert wird. Durch die großen Defizite in der ambulanten kinderpsychiatrischen Versorgung in der Stadt Magdeburg ist derzeit der Bedarf an stationären Behandlungsmöglichkeiten, die oftmals in den entfernten Einrichtungen Haldensleben, Uchtspringe oder Bernburg erfolgen muss, hoch.

**12. SALO & Partner, Berufliche Bildung für Behinderte, Magdeburg**  
Besuch am 12.01.2000

Auf Empfehlung des Ausschusses, der sich im April 1999 umfassend mit der Situation der beruflichen Wiedereingliederung von seelisch Behinderten in Sachsen-Anhalt befasst hatte, besuchte die Kommission die Firma SALO & PARTNER in Magdeburg. Es handelt sich um eine Einrichtung, in der Behinderte, die vom Arbeitsamt nicht vermittelt werden können, die Kombination von Lernen und Arbeiten erproben, so in Holzbearbeitung, Hauswirtschaft, Seidenmalerei, Floristik usw. Dabei steht über eine betriebliche Einzelschulung und in Verbindung von Praxistraining und theoretischer Ausbildung die berufliche Orientierung im Vordergrund. Die Teilnehmer sind, wie der Träger formuliert, Menschen mit psychischen „Handicaps“, also nicht eigentlich psychisch und geistig Behinderte. Die Maßnahmen enden i.d.R. mit einer Arbeitsaufnahme. Für chronisch psychisch Kranke ist die Maßnahme nicht geeignet, da z.B. bereits die Eingangsstufe mit acht Stunden Belastbarkeit zu hoch ist.

**13. Suchtberatungsstelle des Diakonievereins Oschersleben und Wanzleben**  
Besuch am 15.03.2000

Die Suchtberatungsstelle der Diakonie mit den Standorten in Oschersleben und Wanzleben ist für den Bördekreis zuständig. Die Kommission schätzt ein, dass die Beratungsstelle sowohl von den Standorten als auch von ihren räumlichen Ausstattungen her und bedingt durch die Flächensituation des Landkreises mit unzureichender Infrastruktur und ungenügenden Verkehrsanbindungen den Anforderungen letztlich nicht gewachsen ist. Da es weder eine psychiatrische Abteilung am Krankenhaus noch nachsorgende oder weiterführende Angebote der Suchtkrankenhilfe, wie Wohnheime, Übergangwohnheim, Betreutes Wohnen oder Tagesstätte für seelisch Behinderte infolge Sucht gibt, außerdem in der Suchtberatung auf eine ABM-Kraft zurückgegriffen werden muss, was für die Besuchskommission nicht nachvollziehbar ist, sind erhebliche Anstrengungen nötig, um eine der Situation angepasste Betreuungssituation im Suchtbereich zu erreichen. Bei allem Engagement der Beraterinnen kann die Situation nicht befriedigen. Sie muss wohnortnah und entsprechend dem Psychiatrie- und Suchtkrankenplan des Landkreises überarbeitet werden.

**14. Wohnheim für seelisch Behinderte in Gröningen, Gröningen**  
Besuch am 15.03.2000

Das gerade bezogene neue Wohnheim des DRK KV ist das einzige im Bördekreis, das nunmehr das Spektrum seelischer Behinderungsformen berücksichtigt. Das Haus bietet 40 Plätze an und ist voll ausgelastet. Das bisherige Objekt war wegen baulicher Mängel und fehlender Behindertengerechtigkeit aufgegeben worden. Die Struktur des neuen Hauses ist angemessen, es gibt ausreichend Beschäftigungsmöglichkeiten und vielseitige Freizeitangebote. Das Personal scheint durch die unterschiedlichen psychischen Behinderungsformen, einschließlich Altersabbaugeschehen, derzeit noch fachlich überfordert. Weiterbildung und Supervision werden empfohlen. Besonders die geschlechtstherapeutischen und ergotherapeutischen Angebote werden vom Betreuungspersonal als zu gering eingestuft. Auch der unbefriedigende Personalschlüssel ist zu überprüfen. Die Einrichtung wird sich bewähren müssen.

**15. Besuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt, Schönebeck**  
Besuch am 12.04.2000

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist räumlich gut ausgestattet, günstig erreichbar und gut an die sonstigen medizinischen Versorgungseinrichtungen des Landkreises angebunden. Nach Weggang der leitenden Psychiaterin in die freie Niederlassung arbeitet der Dienst seit Anfang des Jahres 2000 ohne fachärztliche Besetzung. Die personelle Gesamtbesetzung

des Sozialpsychiatrischen Dienstes scheint derzeit unzureichend. Das Engagement der Mitarbeiter ist bemerkenswert.

Beklagt werden muss, dass der Landkreis komplementäre Einrichtungen nur unzureichend vorhält. Es gibt weder Wohn- noch Übergangwohnheime für geistig Behinderte, noch für seelisch Behinderte oder Suchtkranke. Das Fehlen einer Tagesstätte ist ebenso zu bemängeln wie das Fehlen von Betreuten Wohnangeboten. Die Kommission hat den Eindruck, dass man sich im Landkreis offensichtlich auf die „Nähe“ der Versorgungseinrichtungen von Magdeburg verlässt, was aber weder gemeindenah noch insbesondere wegen der Verkehrsverhältnisse und der langen Anfahrten für psychisch Kranke zumutbar ist. Wie in fast allen Landkreisen fehlt auch hier ein Kinder- und Jugendpsychiater.

**16. Suchtberatungsstelle, AWO KV Schönebeck**  
Besuch am 12.04.2000

Die Einrichtung liegt innerhalb eines Wohngebietes, ist gut zugänglich, hat jedoch Schwierigkeiten in der Finanzierung des Hauses unter Mietbedingungen. Derzeitig werden rund 250 Männer und Frauen mit Alkohol- und Drogenproblemen betreut und beraten. Betroffene und Angehörige werden therapeutisch begleitet. An der Beratungsstelle gibt es auch eine Motivationsgruppe und auch Selbsthilfegruppen. Der fachliche Ausbildungsstand der Mitarbeiter ist gut, jedoch könnte eine weitere Therapeutin beschäftigt werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen scheint befriedigend zu sein. Die Konzentration auf die Stadt Schönebeck selbst ist zu hinterfragen, insbesondere sind Bereiche, die jenseits der Elbe liegen (Gommern etc.), nach Ansicht der Besuchscommission nicht ausreichend versorgt. Die Zusammenarbeit mit Suchtkrankenabteilungen in den Fachkrankenhäusern in den umliegenden Landkreisen wird als gut eingeschätzt.

### **Bericht der Besuchskommission 3**

Vorsitzender Dr. Dietrich Rehbein, Stellv. Vorsitzende Frau Birgit Garlipp

#### **Zur regionalen Versorgung**

Die Besuchskommission 3 hat im Berichtszeitraum Mai 1999 - April 2000 insgesamt 16 Einrichtungen in der Stadt Dessau und den Landkreisen Wittenberg, Köthen-Anhalt, Landkreis Bernburg und Landkreis Bitterfeld aufgesucht.

Wie auch in den vorangegangenen Jahren waren bei fast allen Besuchen Vertreter der Träger und der Kommunen anwesend und konnten Aussagen über die Versorgungssituation in ihrem Gebiet machen. Gravierende Versorgungslücken sind in keiner der Regionen, für die die Besuchskommission 3 zuständig ist, festgestellt worden. Unbefriedigend ist in fast allen Kommunen das Angebot an ambulant betreuten Wohnformen für seelisch behinderte Erwachsene und Suchtkranke, wobei dieses Versorgungsangebot in den Landkreisen Bitterfeld und Bernburg gegenwärtig gar nicht vorhanden ist.

Landesweit hat eine große Anzahl von seelisch Behinderten, die zum Teil noch in Heimen leben, auf Grund der vorhandenen oder zu erwartenden Grundanerkennnisse einen Rechtsanspruch auf diese Hilfeform und es muss damit gerechnet werden, dass diese Hilfen in Zukunft unter Umständen mit gesetzlich bestellten Betreuern eingeklagt werden.

#### **Besuche im Einzelnen**

- 1. Werkstatt für Behinderte „Wolfener Werkstätten“  
Diakonieverein Bitterfeld-Wolfen-Gräfenhainichen e.V.  
Besuch am 17.05.1999**

Der Neubau der WfB und der Außenanlagen ist noch nicht abgeschlossen. Die Räumlichkeiten mit 180 Plätzen werden aber bereits genutzt. Die Atmosphäre wirkte freundlich, die ArbeitnehmerInnen erklärten uns bereitwillig ihre Arbeitsgänge.

Für sechs Arbeitnehmer sind Außenarbeitsplätze akquiriert worden. Leider sind die Firmen nicht bereit, die Arbeitnehmer zu übernehmen und Lohnkosten zu tragen.

Der Träger schätzt ein, dass der Bedarf für „seelisch Behinderte“ bei zusätzlich 30 Plätzen für den Landkreis liegt. Der Träger macht darauf aufmerksam, dass Menschen mit einer seelischen Behinderung erfahrungsgemäß hohe Fehlzeiten in der WfB haben. Für diese Ausfallzeiten gibt es auf Leistungsträgerseite keine Regelung im Land.

Die WfB hält derzeit keine „Fördergruppe an WfB“ vor. Lt. Aussage des Trägers gibt es nur einen Anwärter. Er schätzt aber ein, dass der Bedarf in den nächsten Jahren steigt, da Abgänger aus den „G-Schulen“ zu erwarten sind. Räumliche Möglichkeiten bietet die WfB. Für so genannte altgewordenen ArbeitnehmerInnen würde der Träger gern Teilzeitarbeitsplätze anbieten.

Auf Trägerseite werden erneut die langen Bearbeitungszeiten bis zur Aufnahme neuer ArbeitnehmerInnen kritisiert. Außerdem bearbeitet und entscheidet der Fachausschuss (Mitglied ist auch ein Vertreter des begleitenden Dienstes) die Aufnahme in die WfB nur nach Aktenlage. Hier kann von der Besuchskommission die Empfehlung des Trägers nur unterstrichen werden, dass jede/r Bewerber/in die Möglichkeit erhalten sollte, sich persönlich dem Fachausschuss vorzustellen.

**2. Wohnheim an WfB, Wolfen**  
**Diakonieverein Bitterfeld-Wolfen-Gräfenhainichen e.V.**  
Besuch am 17.05.1999

Die Einrichtung mit 50 Plätzen ist ein wichtiges Versorgungsangebot im Landkreis. Ausstattung und Atmosphäre sind angenehm. Der Träger plant für sechs BewohnerInnen eine Außenwohngruppe. Die Besuchscommission macht darauf aufmerksam, in die Planung auch das ambulant betreute Wohnen mit einzubeziehen.

Die Hälfte der Beschäftigten ist als pädagogische Fachkräfte anerkannt. Der Träger bietet intern regelmäßig Weiterbildungsveranstaltungen an.

Von derzeit 49 BewohnerInnen stehen 47 unter einer gesetzlichen Betreuung. Einer Zusammenarbeit mit BetreuerInnen steht der Träger offen gegenüber. Fallkonferenzen und inhaltliche Abstimmungen zu einzelnen BewohnerInnen erfolgen nicht bzw. nur sporadisch. Die Besuchscommission empfiehlt zu prüfen, ob nicht Aufhebungen gesetzlicher Betreuungen angeregt werden können.

Generell empfiehlt die Kommission den Einrichtungsleitern, bei den BewohnerInnen, die Psychopharmaka verabreicht bekommen, mit den gesetzlichen Betreuern zu sprechen.

Die Trägervertreter sprachen die ungeklärte Perspektive der BewohnerInnen an, die das Rentenalter in absehbarer Zeit erreichen werden. Da die Einrichtung zum Leistungstyp „Wohnheim an WfB“ zählt, ist unter derzeitigen Bedingungen ein „Wohnrecht bis an das Lebensende“ nicht durchsetzbar. Die Mitglieder der Besuchscommission sind der Meinung, dass ein lebenslanges Wohnen im vertrauten Umfeld grundsätzlich gewährleistet werden sollte.

**3. Werkstatt für Behinderte der Lebenshilfe Bernburg gGmbH**  
Besuch am 14.06.1999

Die Arbeitsbedingungen der WfB mit 140 Plätzen für geistig behinderte und 20 Plätzen für seelisch behinderte Mitarbeiter haben sich für alle Mitarbeiter grundlegend nach Eröffnung des Neubaus im März 1999 verbessert. Der Träger plant eine Außenstelle mit einer Kapazität von 50 Plätzen, die vorwiegend für seelisch Behinderte bereitstehen könnten. Derzeit liegen 20 Neuanträge für die Werkstatt vor.

**4. Wohnheim an WfB der Lebenshilfe Bernburg gGmbH, Bernburg**  
Besuch am 14.06.1999

Die Lebenshilfe hat in einem ehemaligen Hotel, in guter Wohnlage, ein Heim mit einer Kapazität von 18 Plätzen eingerichtet, das zu einem Wohnstättenverbund des Trägers mit einem weiteren Wohnheim für 24 Bewohner in Nienburg, drei Außenwohngruppen für zehn Bewohner, einem Wohntrainingsbereich mit drei Plätzen und einer Wohngemeinschaft mit fünf Plätzen gehört.

Die Besuchscommission konnte sich davon überzeugen, dass in diesem Heim versucht wird, die BewohnerInnen weitestgehend zu einer eigenständigen Lebensführung zu befähigen und auf ein ambulant betreutes Wohnen vorzubereiten. Grundsätzlich stellt sich auch in dieser Einrichtung dar, dass kleine Einrichtungen mit den nach dem geltenden Personalschlüssel zur Verfügung stehenden MitarbeiterInnen die Dienste nur schwer absichern können. Der Ausschuss sieht darin kein Argument für größere Heime, sondern für einen besseren Personalschlüssel kleiner Einrichtungen, weil deren Vorteile hinsichtlich der Betreuungsqualität überwiegen.

## **5. Suchtberatungsstelle und Tagesstätte für seelisch Behinderte des Diakonischen Werkes in Köthen**

Besuch am 12.07.1999

Die Suchtberatungsstelle betreute 1999 bis zum Besuchstag ca. 240 Klienten, wobei mitgeteilt wurde, dass die Zahl der Konsumenten illegaler Drogen stetig steigt. Hervorzuheben ist auch bei diesem Besuch wieder die Arbeit der Suchtprävention bei Kindern, wozu gut eingerichtete und zur Mitarbeit anregende Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Weiterhin nimmt die Beratungsstelle an einem Landesmodellprojekt teil, das die Einbeziehung von Lehrern und Erziehern in der Präventionsarbeit fördert. Die Arbeit ist allerdings durch eine Kürzung der Zuschüsse insgesamt gefährdet.

Beim Besuch der Tagesstätte konnte sich die Besuchskommission überzeugen, dass die Klienten sinnvoll beschäftigt und gefördert werden, wobei sich auch in dieser Einrichtung das Problem zeigt, dass Betroffene diese für die Versorgung notwendige Einrichtung nur deshalb nicht aufsuchen, da sie sich mit einem Eigenanteil an den Kosten beteiligen müssen.

Der Träger machte außerdem darauf aufmerksam, dass im Landkreis die gleichzeitige Finanzierung von „Betreutem Wohnen“ und dem Besuch der Tagesstätte nicht genehmigungsfähig sei. Die Mitglieder der Besuchskommission gehen davon aus, dass die Leitung des Sozialamtes diese Anweisung korrigieren wird.

## **6. Rehabilitations- und Fördereinrichtung „Heinrichshaus“ der Diakoniegesellschaft Wohnen und Arbeiten mbH in Großpaschleben**

Besuch am 12.07.1999

Die vom Träger erarbeitete Konzeption für das Wohnheim (40 Plätze) und das Wohnheim an WfB (20 Plätze) wird fachlich gut umgesetzt. Die Besuchskommission konnte sich wieder von der qualitativ guten Arbeit überzeugen. Hervorzuheben sind die guten Lebensbedingungen in der neu geschaffenen Außenwohngruppe im Ort. Weitere Verbesserungen für die übrigen Bewohner sind nach Fertigstellung des geplanten Neubaus zu erwarten. Positiv haben wir außerdem zur Kenntnis genommen, dass auch ältere, nicht mehr werkstattfähige Bewohner ein Wohnrecht auf Lebenszeit haben.

## **7. Caritaswohnheim „St. Hildegard“ Osternienburg der Caritas-Trägersgesellschaft St. Mauritius gGmbH (ctm)**

Besuch am 11.10.1999

Die äußeren Wohnbedingungen für die 48 Bewohner des Caritaswohnheimes „St. Hildegard“ werden von der Besuchskommission wiederum als sehr positiv empfunden. Es sind ausreichend Funktionsräume vorhanden, um gezielte Fördermaßnahmen durchzuführen.

Die neu eingesetzte Heimleitung hat eine Reorganisation der Einrichtung in die Wege geleitet und es bleibt abzuwarten, ob der rehabilitative Gedanke sich durchsetzt und offenere Wohnformen für einen Teil der Bewohner ermöglicht werden.

Ebenso besteht nach wie vor die Notwendigkeit, weitere Bewohner für eine Tätigkeit in der WfB vorzubereiten.

Die Vertreterinnen der Mitarbeiter bestätigen, dass die Kompetenzen jedes Einzelnen erweitert wurden, dass sich das Arbeitsklima verbessert hätte und dass sich die positiven Auswirkungen auch bereits bei den Bewohnern bemerkbar machen.



**8. Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen  
des AWO KV Köthen e.V.**  
Besuch am 11.10.1999

Das Gespräch mit den Mitarbeiter/innen der Einrichtung und dem Geschäftsführer der AWO fand in den Räumen der Geschäftsstelle der AWO statt. Auf einen Besuch innerhalb der Wohnungen wurde verzichtet, da es lediglich eine Wohngruppe mit drei Männern gibt und es sich ansonsten um 21 Personen in „Betreuten Einzelwohnungen“ im gesamten Stadtgebiet handelt.

Diese ambulant betreute Wohnform des Landkreises Köthen besteht bereits seit August 1995 und es ist hervorzuheben, dass eine Kapazität von 24 Plätzen für diesen relativ kleinen Landkreis derzeit eine Spitzenposition innerhalb des Landes darstellt.

Trotzdem wurde von den MitarbeiterInnen betont, dass ständig weitere Nachfragen eingehen und die Kapazität aus ihrer Sicht nicht ausreichend ist.

Von Seiten des Trägers wurde geäußert, dass die derzeitige Finanzierung nicht ausreichend ist und dass die anfallenden Kosten nicht gedeckt werden können, so dass der Kreisverband der AWO aus betriebswirtschaftlicher Sicht fast nicht mehr in der Lage ist, diese Wohnform weiter vorzuhalten.

Die Vertreterin des Sozialamtes machte deutlich, dass die finanzielle Belastung des Landkreises durch diese Wohnform erheblich sei und dass es nicht nachvollziehbar ist, dass das Land lediglich 50% der Personalkosten und keine Sachkosten trägt, obwohl diese Wohnform zum Teil Heimaufenthalte verhindert.

Im Gegensatz zu anderen Landkreisen, wo nach Betreuungseinheiten abgerechnet wird, ist zwischen dem Träger und dem örtlichen Sozialhilfeträger ein Tagessatz pro Bewohner ausgehandelt worden. Von Seiten des Trägers wird außerdem bemängelt (vom Ausschuss an verschiedenen Stellen schon vielfach angesprochen), dass grundsätzlich nur ein Personalschlüssel von 1:12 angesetzt wird, obwohl zahlreiche Betreute deutlich mehr Zuwendung und Betreuung erfahren müssten. Die Besuchscommission hofft, dass durch eine einvernehmliche Lösung zwischen dem Träger des betreuten Wohnens und dem Landkreis die Finanzierung und damit die Erhaltung dieser dringend erforderlichen Wohnform gesichert werden kann.

Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang noch die Aussage des Trägers, dass zwei seelisch behinderte Bewohner aus dieser Betreuungsform ausgeschieden sind, da sie gemäß dem BSHG zu einer Eigenbeteiligung aufgefordert werden mussten.

Grundsätzlich wurde von den MitarbeiterInnen noch einmal betont, dass nach Möglichkeit der Aufenthalt in dieser betreuten Wohnform begrenzt sein soll, dass die Bewohner sich auf ein eigenständiges und von fremder Hilfe unabhängiges Leben vorbereiten wollen. Andererseits gibt es natürlich auch Bewohner, für die diese Betreuungsform einen Heimaufenthalt ersetzt, so dass eine langfristige oder dauernde Betreuung in dieser ambulanten Form notwendig ist.

**9. Gerontopsychiatrische Klinik des SALUS-Fachkrankenhauses für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bernburg**  
Besuch am 15.11.1999

Die Klinik mit 37 Planbetten arbeitet unter guten räumlichen Bedingungen nach einem fachlich fundierten Konzept, mit einem nach PsychPV vorgegebenen gut ausgebildeten Personalbestand.

Die Klinikleitung bemängelt, dass die aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten ambulant nicht mehr fachärztlich weiter betreut werden und wünscht sich die Möglichkeit einer aufsuchenden Tätigkeit durch die in der Klinik beschäftigten Ärzte.

**10. Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werk e.V. in Bernburg**

Besuch am 15.11.1999

Die Beratungsstelle entspricht in Bezug auf die räumliche und personelle Ausstattung dem üblichen Standard in Sachsen-Anhalt. Eine Ausweitung der Arbeit wäre nötig, ist aber durch den finanziellen Rahmen nicht möglich, insbesondere ist die Erhöhung des Eigenanteils des Trägers nicht möglich und auch nicht zumutbar.

#### **11. Suchtberatungsstelle des AWO KV e.V. Dessau**

Besuch am 10.01.2000

Die Beratungsstelle versorgt mit einer weiteren anerkannten Einrichtung die Stadt Dessau. Es wird eine gute qualifizierte Arbeit mit hohem Engagement angeboten. Neben der Alkoholabhängigkeit ist eine Zunahme von Beratungen der Konsumenten mit illegalen Drogen zu erkennen. So wurden 1998 von 452 Gesamterstkontakten 263 Alkohol- und 161 illegale Drogen- und der Rest Medikamentenabhängige und essgestörte Klienten betreut.

Es besteht eine gute Kooperation zu allen in der Suchtkrankenhilfe tätigen Stellen. Dies ist an der Beteiligung der unterschiedlichen Arbeitskreise deutlich erkennbar.

Bei der gegenwärtigen unsicheren Finanzierung ist zu befürchten, dass das gute Angebot der Beratungsstelle nicht mehr gewährleistet werden kann. Vor allem gäbe es Einschränkungen in der notwendigen Präventionsarbeit.

#### **12. Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte**

**Volkssolidarität Dessau-Rosslau e.V.**, Besuch am 10.01.2000

Zu einem Gesamtangebot der Betreuung von seelisch Behinderten gehört zweifellos das Betreute Wohnen. Es hat sich über Jahre eine gute und engagierte Arbeit unter den jetzigen Trägern entwickelt.

Die 13 BewohnerInnen werden in Einzelwohnungen von einem Sozialarbeiter betreut, der bei Abwesenheit von Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes vertreten wird. Die Begrenzung der Zeit auf eventuell zwei Jahre ist ratsam, um nicht den rehabilitierenden Charakter zu verlieren. Da auf Grund unregelmäßiger Finanzierungsverhältnisse die bisher geleisteten Erfolge auf dem Spiel stehen, ist es erforderlich, eine Regelung zu schaffen, die für alle Beteiligten eine Perspektive schafft.

#### **13. Klinik Bosse Wittenberg der Alexianer Brüdergemeinschaft**

**Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Besuch am 14.02.2000

Seit der Eröffnung des Neubaus der Klinik Bosse im April 1999 verfügt der Landkreis Wittenberg mit nunmehr 60 stationären Betten und 20 tagesklinischen Plätzen über eine optimale Behandlungseinrichtung für psychisch Kranke, wobei sowohl die räumlichen Voraussetzungen als auch das soziotherapeutische Behandlungskonzept modernen Anforderungen entsprechen.

Dringend erforderlich ist jetzt die Verwirklichung des geplanten Anbaues, um auch die Unterbringungsmöglichkeiten nach PsychKG und Betreuungsgesetz in der Klinik zu ermöglichen und Verlegungen nach Bernburg zu vermeiden.

Als nach wie vor offenes Problem wurde erneut die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher angesprochen, wobei die Schaffung einer Tagesklinik wohl am ehesten realisierbar erscheint. Dabei muss die fachärztliche Besetzung gesichert werden, was zurzeit auch im Erwachsenenbereich zum Teil problematisch ist.

#### **14. Kontakt- und Begegnungsstätte und Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte, Wint e.V.**

Besuch am 14.02.2000

Die vom Verein geführte Kontakt- und Begegnungsstätte für psychisch Kranke sowie das Betreute Wohnen für derzeit 14 seelisch Behinderte wurden bisher vorwiegend über ABM-Mittel finanziert. Die Mitarbeiter befürchten, dass die Einrichtung in Zukunft wegen mangelnder finanzieller Unterstützung nicht mehr weiter betrieben werden könne.

Die Mitglieder der Besuchskommission betonten gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtung und den Vertretern des Landkreises die dringende Notwendigkeit des Erhaltes des Angebotes und konnten sich bei diesem Besuch von der engagierten Arbeit und der guten Nutzung der Begegnungsstätte überzeugen. Es wurde in den Gesprächen auch noch einmal deutlich gemacht, dass die Betroffenen bei entsprechendem Grundanerkennnis einen Rechtsanspruch auf die Weiterbetreuung im Rahmen einer betreuten Wohnform haben.

**15. Sucht- und Drogenberatungsstelle Bitterfeld-Wolfen  
Diakonisches Werkes e.V.  
Besuch am 18.04.2000**

Im Landkreis bieten das DRK in Wolfen und das Diakonische Werk in Bitterfeld mit Außenstelle Wolfen Suchtberatung an.

Die bei der Diakonie im Jahr 1999 vorgenommene Personalreduzierung hat negative Auswirkungen sowohl auf die quantitative als auch qualitative Arbeit der SuchtberatungsstellenmitarbeiterInnen. Niedrigschwellige Hilfen (aufsuchende Arbeit) und Präventionsmaßnahmen können nur selten angeboten werden. Aus der Sicht der Besuchskommission gehört dies aber zu den Standardhilfen und sollte zum Profil aller Suchtberatungsstellen im Land gehören, um u.a. gerade sehr junge Drogenkonsumenten und chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke zu erreichen. Bundesweit hat sich ein Betreuungsschlüssel für Suchtberatungsstellen von 1:20.000 durchgesetzt. im Landkreis Bitterfeld kommen auf ca. 38.000 Einwohner ein/e SuchtberaterIn.

Der Bedarf für eine Einrichtung, die chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke betreut, wurde seitens des Trägers und Leistungsträgers bestätigt. Viele Betroffene leben zurzeit ohne gezielte Betreuung und Versorgung in Einrichtungen der Geistig-Behinderten-Betreuung und im Obdachlosenheim. Deshalb empfiehlt die Besuchskommission erneut, eine gezielte Bedarfserhebung im Landkreis vorzunehmen und die Suchtkranken-Landesplanung von 1997 dem tatsächlichen Bedarf anzupassen.

**16. Kursana-Altenpflegeheim „Emma Martin“ in Wolfen  
Besuch am 18.04.2000**

In diesem Altenpflegeheim werden derzeit 199 Bewohner betreut, von denen 94 als gerontopsychiatrisch zu versorgende Bewohner fachärztlich eingestuft wurden, und vier Bewohner, die nach BSHG Eingliederungshilfe erhalten (von ehemals 22; 8 Bewohner sind inzwischen in eine Pflegestufe umgestuft wurden bzw. ausgezogen). Das Durchschnittsalter der vier behinderten Bewohner liegt bei 55. Die langfristig nach BSHG zu finanzierenden Plätze sollen erhalten, d.h. das Heimatrecht soll den Bewohnern gesichert bleiben. Aus der Sicht der Besuchskommission ist die Entflechtung der Pflegeeinrichtung abgeschlossen.

Der Besuchskommission ist aufgefallen, dass die Einrichtung für die gerontopsychiatrisch zu versorgenden Heimbewohner keinen besonderen Bereich und keine gesonderten therapeutischen Angebote vorhält. Die Leiterin verweist auf die begrenzten Möglichkeiten durch die Pflegeversicherung und dass die Pflegekassen einen erhöhten Pflegeaufwand nicht bezahlen. Im Gespräch mit den kommunalen Vertretern wurde von der Kommission wiederholt empfohlen, im Landkreis ambulant betreute Wohnplätze für Menschen mit seelischer und für Menschen mit geistiger Behinderung vorzuhalten.

#### **Bericht der Besuchskommission 4**

Vorsitzende Frau Susanne Rabsch, Stellv. Vorsitzender Dr. Meinulf Kurtz

##### **Landkreis Quedlinburg**

Im Berichtszeitraum wurde schwerpunktmäßig der Landkreis Quedlinburg besucht. Hervorzuheben sind die Teilnahme des Amtsarztes und des Jugend-/Sozialamtsleiters an allen Besuchen. Konstruktiv wurde mit den Trägern und der Besuchskommission über Probleme diskutiert, immer mit dem Ziel, durch vernetzte gut organisierte Strukturen Versorgungslücken zu schließen, dabei die Gegebenheiten der Region beachtend. Die gut funktionierende Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bündelt die fachliche Kompetenz im Landkreis und kann die bedarfsgerechte gemeindenaher psychiatrische Vollversorgung im Komplementärbereich positiv beeinflussen. Die ambulanten und teilstationären Angebote sind gewachsen, sie bildet inzwischen eine von den Behinderten gewünschte Alternative zum Heim. Dies sind Schritte gelungener Integration. Gebremst wird ihr weiterer Ausbau jedoch durch die wechselnde Kostenzuständigkeit vom überörtlichen zum örtlichen Sozialhilfeträger, der seine finanziellen Möglichkeiten ausgeschöpft sieht.

Die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Sozial-/Jugendamt ist ausbaufähig. Die Situation in der Behinderteneinrichtung in Schielo ist nach wie vor problematisch. Für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke ohne Indikation zu sozialer Rehabilitation gibt es im Landkreis bisher kein spezifisches Haus.

Zwischen der in unmittelbarer Nachbarschaft gelegenen Psychiatrischen Abteilung Ballenstedt mit Vollversorgung und dem Fachkrankenhaus Neinstedt besteht weiterhin Absprachebedarf.

##### **Landkreis Wernigerode**

Der Landkreis konnte in diesem Jahr nur in geringem Umfang besucht werden. Gewachsen sind auch hier die sehr guten ambulanten Angebote als Alternative zur Heimaufnahme. Jedoch ist insbesondere das ambulant betreute Wohnen dauerhaft gefährdet durch die Kostenzuständigkeit des örtlichen Trägers.

Im Wohnheim für seelisch Behinderte mit Vollversorgung für die beiden Landkreise Wernigerode und Halberstadt besteht die Schwierigkeit, diese Aufgabe mit einem Personalschlüssel von 1:6 zu realisieren. Die PSAG sollte wieder aktiviert werden, das Ziel könnte der Psychiaterverband im Komplementärbereich für die drei Harzkreise sein.

##### **Landkreis Halberstadt**

In diesem Landkreis wurden zwei Einrichtungen besucht. Der Aufbau einer PSAG wird empfohlen, um zu regionalen Absprachen zu kommen. Die aufgebauten ambulant betreuten Wohnformen in enger Kooperation mit der Tages- und Begegnungsstätte wurden schnell angenommen, sie verhindern sowohl Heimaufnahme als auch drohende Obdachlosigkeit. Als problematisch erweist sich auch hier die Kostenzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers.

##### **Landkreis Aschersleben-Staßfurt**

In diesem Landkreis wurde die Wohnstätte für geistig und mehrfach behinderte Menschen „Schloss Hoym“ besucht. Hervorzuheben sind die Anstrengungen und erneuten Erfolge zur Entospitalisierung von Heimbewohnern. Die Lebensqualität der behinderten Bewohner verbesserte sich wesentlich. Das geplante ambulant Betreute Wohnen als Alternative zum Heim kann jedoch wegen der Kostenzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers nicht bedarfsgerecht realisiert werden. Die Gründung einer PSAG in dem von der Gebietsreform betroffenen Landkreis wird bereits positiv reflektiert.

Landkreis	Wernigerode		Halberstadt		Quedlinburg		Aschersleben/ Staßfurt	
Einrichtungen	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *
Sozialpsychiatrischer Dienst	1		1		1		1	
Fachklinik	1	132 Sucht			1	20 / 38		
Psychiatrische Tagesklinik / Psychiatrische Abteilung am Krankenhaus	2	25 / 70			1	18+18KJP/ 80	2	50 / 0
WH für geistig Behinderte	2	110	3	113	1+Schielo	272	3	370
WH für geistig behinderte Kinder	1	16	2	47	1	30	3	61
WH / Bereich f. seel. beh. Kinder u. Jgl.					2	68	1	35
WH für seelisch Behinderte	1	40			Schielo	44	1	40
WH für Suchtkranke	2	42			Schielo	22		
ÜWH für Suchtkranke	1	15			1	29		
Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte	1	6	1	15	1	24	1	9
Betreutes Wohnen für Suchtkranke	1	32	1	12	1	12		2
Betreutes Wohnen für geistig Behinderte					1	4	1	15
Tagesstätte für seelisch Behinderte			1	12	1	15		
Tagesstätte für Suchtkranke			1	12	1	15		
Suchtberatungsstelle	1		1		1		1	
WH an WfB	2	72	1	66	3	381	3	170
WfB / Bereich für seelisch Behinderte	1 / 1	198 / 24	1 / 1	180 / 21	2 / 1	537 / 48	2	408/0
Selbsthilfefirma/Integrationsfirma/Jobs								
niedergelassene Psychiater / KJP	4		2		1		2 / 1	
niedergel. psycholog. Psychotherapeuten	1		2		2			
APH mit gerontopsych. Pflegebereichen					1	24		

\* zum Besuchszeitpunkt dem Ausschuss bekanntgewordene Daten, zwischenzeitliche Änderungen möglich

## **Besuche im Einzelnen**

### **1. Therapiezentrum „Schloss Langenstein“ für autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Kyffhäuser-Bildungswerk e.V.**

Besuch am 03.06.1999

Die ehemalige Landes-Immobilie „Schloss Langenstein“ mit großzügiger Parkanlage wurde 1998 dem Kyffhäuser Bildungswerk e.V. übertragen.

Es handelt sich hinsichtlich der baulichen Beschaffenheit und der räumlichen und materiellen Ausstattung um eine Zwecklösung der denkmal- bzw. museumsgeschützten Gesamtanlage für die Unterbringung und Betreuung von schwerst- und mehrfachbehinderten autistisch gestörten Menschen.

Die Standortwahl ist jedoch wegen der damit verbundenen gemeinde- und wohnortfernen Dauerunterbringung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus der gesamten Bundesrepublik (nur 7 Bewohner kommen aus Sachsen-Anhalt) für die Besuchskommission eine fragwürdige Entscheidung der politischen Verantwortungsebene und des Trägers.

Die Kommission empfiehlt eine Öffnung der Konzeption in Richtung auch teilstationärer und ambulanter Angebote und rehabilitativ orientierter begrenzter Zeitaufenthalte mit wohnortnaher Anschlussversorgung und weitestmöglicher sozialer Reintegration der Betroffenen.

### **2. Caritasheim „St. Pia“ Dingelstedt, Wohnheim und Förderstätte für Menschen mit Behinderungen, Träger: Caritasträgergesellschaft St. Martin**

Besuch am 03.06.1999

Das Wohnheim ist im November 1998 von der Huysburg in einen schönen Neubau nach Dingelstedt gezogen. Im Haus können 80 behinderte Menschen mit schwerer geistiger Behinderung oder Mehrfachbehinderung in wesentlich verbesserter Weise leben und eine Heimat finden. Die Tagesstrukturierung wird personenbezogen angeboten.

Das Haus stellt sich die Aufgabe, auch ältere pflegebedürftige geistig behinderte Menschen zu betreuen.

### **3. Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Blankenburg Träger: Diakonie-Krankenhaus „Neuvandsburg“ GmbH**

Besuch am 08.07.1999

Das sozialtherapeutische Übergangswohnheim ist in einem denkmalgeschützten Gebäude mit großem Garten im Zentrum von Blankenburg untergebracht. Die Einrichtung gehört zum Therapieverbund Sucht. 15 Frauen und Männer können in dem nach zeitgemäßen Standards rekonstruierten Haus, i.d.R. nach einer medizinischen Rehabilitation, bei Indikation zur sozialen Rehabilitation, wohnen. Das gemeinsame Tun, Hilfe zur Selbsthilfe und das Erarbeiten neuer Lebensbewältigungsstrategien zur selbstständigen Lebensführung nach dem Heimaufenthalt sind zentrale Inhalte.

### **4. Wohnheim an WfB am Thie, Blankenburg, Träger: Gemeinnütziger Verein für Sozialeinrichtungen Blankenburg (Harz) e. V.**

Besuch am 08.07.1999

Das Wohnheim an WfB „Geschütztes Wohnen“ in Blankenburg bietet 22 geistig behinderten Bewohnern im Erwachsenenalter ein Zuhause, die Lage der Einrichtung ist günstig, nahe des Zentrums an Städtischen Grünanlagen gelegen. Noch bestehende Mängel im baulichen Bereich (Zimmer der Bewohner, Sanitärbereich) werden durch geplante Umbaumaßnahmen beseitigt werden.

In der Perspektive soll das Angebot durch eine Tagesgruppe und betreutes Wohnen erweitert werden. Die Bewohner fahren in die WfB der Lebenshilfe nach Wernigerode.

## **5. Klinik für Psychiatrie der Neinstedter Anstalten**

Besuch am 07.10.1999

Mit 40 Betten auf zwei Stationen, einer Institutsambulanz und 20 Plätzen der Tagesklinik wird durch das Fachkrankenhaus ein Teil der klinischen psychiatrischen Versorgung der Region übernommen. Nach Aussage der Klinikleitung können alle psychiatrischen Krankheitsbilder behandelt werden. Eine Profilierung auf die psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung, wie in der Konzeption beschrieben, wird derzeit nicht realisiert.

Seit dem letzten Besuch haben sich die räumlichen Bedingungen etwas verbessert, sie entsprechen jedoch nicht dem erforderlichen Standard, u. a. sind die Räume beengt und befinden sich an verschiedenen Standorten innerhalb der Anstalten.

Von der Besuchscommission wird empfohlen, sich der Kooperation mit der PSAG des Landkreises und mit der Psychiatrischen Abteilung des Klinikum Quedlinburg, die die Vollversorgung einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Region absichert, nicht weiter zu verschließen.

## **6. „Elisabethstift“ - Wohnheim für Erwachsene mit wesentlichen geistigen und mehrfachen Behinderungen der Neinstedter Anstalten**

Besuch am 07.10.1999

Die Neinstedter Anstalten betreuen im Wohnheimbereich/Außenwohnbereich/betreutes Wohnen/Wohnheim an Werkstätten in Neinstedt und Umgebung sowie im Ohrekreis derzeit 520 Menschen mit geistiger Behinderung.

Im stationären Erwachsenenbereich in Neinstedt leben 224 Heimbewohner. Von der Kommission wurde das „Elisabethstift“ (64 Plätze) besucht, das bei vorangegangenen Begehungen wegen seiner desolaten baulichen und räumlichen Bedingungen aufgefallen war. Der bauliche Zustand des „Elisabethstifts“ ist nach wie vor dringend rekonstruktionsbedürftig, die Lebensbedingungen der schwer behinderten Bewohner sind unakzeptabel und die Arbeitsbedingungen der sehr engagierten Mitarbeiter dadurch belastet. Nach Aussage der Leitung steht der Umbau bevor, das Haus wird dann 60 Plätze vorhalten. Die Konzeption des Hauses entspricht zeitgemäßen Standards der Behindertenarbeit, eine vollständige Umsetzung wird jedoch erst nach dem Umbau möglich sein.

## **7. Behindertenwohnheim Schielo Haus „Einetal“, Träger: priv. Dieter Ludwig**

Besuch am 04.11.1999

Das Heim wird nach wie vor als „Mischeinrichtung“ betrieben. In dem Wohnheim leben 115 Menschen mit geistiger, seelischer und seelischer Behinderung in Folge Sucht. Das Haus liegt 800 m vom Ort Schielo entfernt in waldreicher Umgebung des Harzes. Die gemeindenahere Integration ist daher schwierig. Die Anzahl der Räume ist für eine personenbezogene Tagesstrukturierung bei der Vielzahl der Bewohner zu gering, somit fehlt es auch an ausreichenden und entsprechenden Angeboten.

Die Kooperationen im Landkreis mit den Fachdiensten und Selbsthilfegruppen sind unbedingt auszubauen.

#### **8. Psychiatrische Klinik Ballenstedt am Klinikum Dorothea-Christiane Erxleben Quedlinburg gGmbH, Besuch am 04.11.1999**

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie arbeitet mit 80 Betten nach zeitgemäßen psychiatrischen Standards. Es besteht ein hochspezialisiertes, differenziertes Therapieangebot, welches adäquate störungsspezifische Interventionen sichert. Dabei zeigt sich bei allen Mitarbeitern ein Höchstmaß an Engagiertheit und Teamfähigkeit. Die Klinik sichert die Vollversorgung. Die Atmosphäre der Klinik wirkt freundlich und harmonisch. Die Renovierung der psychiatrischen Stationen ist gut gelungen.

Während die Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen als gut charakterisiert wird, wird von allen Anwesenden die bisherige Kooperation aller psychiatrischen Kliniken der Region als defizitär eingeschätzt.

Hervorzuheben sind die Aktivitäten von Klinik und Träger zum Aufbau eines Wohnheimes für seelisch Behinderte.

#### **9. Tagesstätte „Hoffnung“ für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen, Quedlinburg, Träger: AWO Kreisverband Quedlinburg - Wernigerode e. V., Besuch am 13.01.2000**

Die Tagesstätte mit 15 Plätzen für seelisch behinderte Menschen ist ein teilstationäres Angebot zur Tagesstrukturierung der Betroffenen in Quedlinburg. In der Betreuung wird sich am individuellen Hilfebedarf des Einzelnen orientiert, weitestmögliche Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit ist die Grundorientierung. Zum ambulanten Betreuten Wohnen stellt das Angebot der Tagesstätte eine wichtige Ergänzung dar.

Die Kommission empfiehlt zur Erweiterung des Betreuungsnetzes den Aufbau einer niedrigschwelligen Begegnungsstätte.

#### **10. Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Dorothea Christiane Erxleben Quedlinburg gGmbH in Quedlinburg Besuch am 13.01.2000**

Die Tagesklinik mit 20 Plätzen befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft des zentralen Klinikums-Standortes. Das rekonstruierte Haus ist funktionell gut ausgestattet und von ansprechender Farbgebung. Gearbeitet wird nach einem integrativen Behandlungskonzept, es gibt zwei Gruppen je nach Belastbarkeit der Patienten und einem Bezugstherapeuten für die gesamte Therapiezeit. Hervorzuheben sind die gute Vernetzung mit anderen Fachbereichen und Diensten des Landkreises und die Mitarbeit in der PSAG. Die Kommission empfiehlt, in den Bemühungen um regionale und überregionale Kooperationsbeziehungen der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen nicht nachzulassen.

#### **11. Werkstatt für Behinderte der Lebenshilfe Aschersleben e.V. in Hoym Besuch am 03.02.2000**

Die WfB Hoym mit 245 behinderten Mitarbeitern erfüllt den Versorgungsauftrag für den Landkreis Aschersleben-Staßfurt. Einen Teilbereich für seelisch behinderte Mitarbeiter gibt es zurzeit noch nicht; in der PSAG könnte der Bedarf dafür geklärt werden.

Die Leitung entwickelt viele Aktivitäten, um in der strukturschwachen Region Arbeit zu organisieren; Außenarbeitsplätze sind wegen dieser Schwierigkeiten noch nicht ausreichend vorhanden. Die Kooperationen in dem von der Gebietsreform betroffenen Landkreis sind inzwischen gut aufgebaut worden.



**12. Schloss Hoym e.V. - Heime zur Eingliederung geistig und mehrfachbehinderter Menschen/Stationäre und ambulant betreute Wohngemeinschaften /Altenpflegeheime/ Beratungsstelle,**  
Besuch am 03.02.2000

Bei den regelmäßigen Besuchen der Kommission in Hoym konnte die entsprechend einem Gesamtkonzept schrittweise angestrebte Verbesserung der baulichen Situation in den vorangegangenen Jahren verfolgt werden. Dringend erforderlich ist jetzt die behindertengerechte Ausstattung des Schlosses. Durch die konsequente inhaltliche und methodische Führung der Arbeit in allen Wohnbereichen und einer zielgerichteten Enthospitalisierung konnten die Lebensbedingungen für die behinderten Bewohner sehr deutlich verbessert werden. Heimplätze wurden reduziert und ein weit verzweigtes vielstufiges Netz an Außenwohngruppen und betreuten Einzelwohnen sowie einer offenen Beratungsstelle für geistig behinderte Menschen und Angehörige aufgebaut.

Die Kommission muss jedoch auch hier mit Bedauern feststellen, dass die engagierten Anstrengungen der Mitarbeiter zu einer personenbezogenen Förderung und Eingliederungshilfe mit dem Ziel, die Bewohner auf ein selbstständigeres Leben außerhalb des Heimes vorzubereiten, dadurch gebremst und behindert wird, dass die Mittel für weitere ambulante Wohnangebote im Landkreis nicht zur Verfügung gestellt werden können. Betroffene Bewohner sind auf diese Weise gezwungen, im Heim, d.h. hospitalisiert zu bleiben.

**13. Tagesstätte und Begegnungsstätte für psychisch Kranke und seelisch Behinderte in Halberstadt, Träger: AWO KV Halberstadt**  
Besuch am 08.03.2000

Die im Zentrum von Halberstadt gelegene Tagesstätte mit integrierter Begegnungsstätte für seelisch Behinderte bietet erforderliche Tagesstrukturierung mit niedrighschwelligem Zugang als Ergänzung zum ambulant betreuten Wohnen. Der bauliche Zustand ist ausreichend, die Sanitäranlagen sind renovierungsbedürftig. Konzept und Arbeit orientieren auf den personenbezogenen Hilfebedarf. Es konnte eine gute Vernetzung in der Region aufgebaut werden. Als Problem stellen sich der unzureichende Personalschlüssel und die derzeitige Personalbesetzung der Begegnungsstätte mit ABM-Kräften dar. Insgesamt ist die Realisierung des teilstationären und ambulanten Angebotes hervorzuheben.

**14 Übergangwohnheim für seelisch Behinderte infolge Sucht, „Lauenburg“ in Stecklenberg, Betr. Wohnen für Suchtkranke, Quedlinburg**  
Träger: DPWV LV Regionalstelle Ostharz,  
Besuch am 16.03.2000

Das Übergangwohnheim für 29 suchtkranke Männer liegt weit außerhalb des Ortes Stecklenberg. Im rekonstruierten Gebäude ist die untere Etage behindertengerecht. Die räumlichen Bedingungen sind für die Bewohner und Mitarbeiter hier sehr verbessert worden, für die Ergotherapie entsteht z. Zt. im Garten ein funktionsgerechter Neubau. Gut organisiert wird an der Umsetzung der Inhalte gearbeitet, wobei gerade deshalb deutlich wird, wie nötig zur effektiven Koordination und Ausschöpfen der fachlichen Ressourcen der Psychiatrieverbund im komplementären Bereich erforderlich ist. Zum Herbst dieses Jahres wird das Angebot des Übergangwohnheimes für suchtkranke Frauen mit Kindern erweitert, dafür wird ein Haus in Stecklenberg angemietet.

**15. WfB Weddersleben, Lebenshilfe Werkstätten, Wohnheime und Bildung  
im Landkreis Quedlinburg gGmbH**

Besuch am 13.04.2000

Die WfB Weddersleben ist seit der Fertigstellung des Neubaus 1996 auf 203 behinderte Mitarbeiter angewachsen. Der Versorgungsauftrag wird für den regionalen Bedarf des Landkreises Quedlinburg erfüllt. Zum Konzept gehört die nahtlose Therapiekette mit dem Ziel der Integration. Außenarbeitsplätze sind in verschiedenen Bereichen geschaffen. Besonders hervorzuheben sind die Schauwerkstatt mit Weinkeller in Quedlinburg, die Tierpension sowie die museal aufgearbeitete Handschöpferei zur Papierherstellung. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Wohnheimen der Lebenshilfe, die ein gestuftes Angebot bis zum ambulant betreuten Wohnen realisieren.

**16. Suchtberatungsstelle und Kontakt-Cafe „Null Promille“ des ASB e.V.  
Quedlinburg**

Besuch am 13.04.2000

Die Suchtberatungsstelle mit den zwei Standorten Quedlinburg und Thale, die täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen, geöffnet hat, leistet in Zusammenarbeit mit Ärzten, Fachdiensten, Akut- und Reha-Kliniken Suchtkrankenbetreuung und -beratung für die Region. Das Konzept ist niederschwellig orientiert. In Quedlinburg gehört ein Kontaktcafe zur Beratungsstelle; hier nehmen täglich ca. 40 Betroffene eine warme Mahlzeit zum Selbstkostenpreis ein. Überdenkenswert hält die Kommission die derzeitige Ausstattung der Beratungsstelle, die „die Suchtkranken dort abholt, wo sie sind“. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Präventionsarbeit in Schulen. Aufsuchende Tätigkeit wird ebenfalls von der Beratungsstelle realisiert.

## **Bericht der Besuchscommission 5**

Vorsitzender Dr. Frank Fernau , Stellv. Vorsitzende Frau RiAG Angelika Vater

### **Zur regionalen Versorgung Stadt Halle/ Saale**

Auch im vergangenen Jahr konnte sich die Besuchscommission von den vielfältigen Versorgungsangeboten für psychisch kranke Menschen der Stadt Halle überzeugen.

Immer mehr zeigt sich, welche positive Rolle die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) unter konzeptioneller Leitung der Psychiatriekoordinatorin im Bereich der Koordination, Netzplanung und Abstimmung der einzelnen Angebote einnimmt.

Durch die Umprofilierung des sozialpsychiatrischen Dienstes wird schon heute eine neue Qualität der Arbeit sichtbar. Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Stadt Halle und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) soll eine Zusammenarbeit in Forschung und Lehre mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MLU erfolgen. Damit sollen neue Kenntnisse und Erfahrungen in die Arbeit des sozialpsychiatrischen Dienstes eingebracht und die sozialpsychiatrische Versorgung auf ein wissenschaftliches Fundament gestellt werden.

Ein weiterer auch zukünftiger Schwerpunkt der Stadt wird die Drogenberatung sein. Die drei Drogenberatungsstellen leisten hierzu eine gute und untereinander abgestimmte Arbeit.

Nach wie vor problematisch erscheint die Drogenberatung in den Justizvollzugsanstalten (JVA). Auch wenn für das laufende Jahr eine Finanzierungsbasis durch das Ministerium für Arbeit, Frauen, Soziales und Gesundheit gefunden wurde, ist für eine kontinuierliche Fortsetzung der Arbeit in den Haftanstalten ein dauerhaftes Finanzierungskonzept des Landes notwendig.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die Erweiterung der Maßnahme „Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker“ (RPK) und der „Integrationsbetriebe Halle“ des Trägers sozialer Einrichtungen gGmbH (TSE). Dabei darf jedoch nicht verkannt werden, dass die RPK noch weit von ihrem Gesamtkonzept einer beruflichen und medizinischen Rehabilitation entfernt ist. Dieses wird sich erst dann erfüllen lassen, wenn die zuständigen Kostenträger sich endlich ihrer Verantwortung bewusst werden.

Auch die Integrationsfirma ist richtungsweisend für die Eingliederung und Integration seelisch behinderter Menschen in den beruflichen Alltag. Dieses Hauptziel sollte unbedingt beibehalten werden. Dazu ist eine Erweiterung der Auftragslage erforderlich, um neue Arbeitsplätze zu schaffen. Hierzu wäre es notwendig, die TSE im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten auch in beschränkter Ausschreibung von Leistungen mehr mit einzubeziehen.

Der Besuchscommission ist bewusst, dass die Vielfältigkeit der Angebote der Stadt ganz wesentlich auf deren sozialem Engagement beruht. Umso notwendiger wird es auch in Zukunft sein, gerade niedrigschwellige Angebote weiterhin finanziell zu unterstützen.

### **Mansfelder Land**

Im Berichtszeitraum konnten nur wenige Einrichtungen im Territorium aufgesucht werden. Dies waren die Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie des Klinikums Mansfelder Land in Großörner, das Betreuungszentrum in Gerbstedt und die heilpädagogische Einrichtung „Gänseblümchen“ in Wippra.

Die beiden erstgenannten Einrichtungen stellen zugleich die Schwerpunkte im Landkreis dar, in denen aus Sicht der Besuchscommission dringend Handlungsbedarf besteht. Zukünftig muss der geplante Neubau der Psychiatrischen Abteilung vordergründig sein.

Weitere zeitliche Verzögerungen dürfen nicht entstehen, da die jetzigen Verhältnisse für Patienten und Personal völlig untragbar sind. Nur mit einem raschen Neubau der Psychiatrischen Abteilung wäre dann auch eine deutliche Aufwertung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen in der Region verbunden.

Ein zweites Problem stellt sich im Betreuungszentrum Gerbstedt dar. Obwohl hier nahezu optimale äußere Bedingungen vorliegen, wurde der Besuchskommission nicht der Eindruck einer Fach- und sachgerechten Behindertenarbeit vermittelt.

So fehlte die klare Abgrenzung zwischen Pflege und Eingliederung. Die Ursachen waren dabei weniger bei den Mitarbeitern zu suchen, die sich redlich in ihrer Arbeit bemühen, vielmehr fehlt eine klare konzeptionelle Trennung der verschiedenen Bereiche.

Die Besuchskommission spricht sich nicht generell gegen Mischeinrichtungen aus, vielmehr verlangt sie, dass den individuellen Bedürfnissen der Behinderten entsprechend dem Anliegen der Eingliederungshilfe ausreichend Rechnung getragen wird. Eine rein versorgende Betreuung entspricht nicht dem derzeitigen Stand der fachlichen Diskussion in der Behindertenarbeit.

## **Saalkreis**

Im vorgegebenen Berichtszeitraum konnten nur 2 Pflegeheime (Kaltenmark und Lettewitz) besucht werden.

Besonders in der Einrichtung in Kaltenmark wurde eine direkte Ausrichtung auf eine gerontopsychiatrische Versorgung sichtbar. Hier entstehen spezielle Betreuungskonzepte und Fördermaßnahmen für diesen Bereich.

Die allgemein gute Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen im Saalkreis, die auch durch die territoriale Anbindung an die Stadt Halle und die Nutzung ihrer Einrichtungen bedingt ist, kann auch für den laufenden Berichtszeitraum festgestellt werden. Veränderungen in der Versorgungslandschaft sind der Besuchskommission nicht bekannt geworden.

Positiv hervorzuheben sind die verbesserten Kooperationsbeziehungen zur Stadt Halle, die sich u. a. an Teilfinanzierungen niedrigschwelliger Angebote, die auch von Bürgern des Saalkreises genutzt werden, zeigen.

## **Besuche im Einzelnen**

### **1. Wohnnest der Lebenshilfe Halle e. V., Wohnstätte für behinderte Kinder** Besuch am 12.05.1999

Die Einrichtung ist ein Wohnheim mit 37 Plätzen für geistig und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche. Einzugsgebiet ist Halle, in zwei Fällen Weißenfels und je einmal Saalkreis und Naumburg. Zum Besuchszeitpunkt war das Heim voll belegt.

In Familiengruppen und einer Trainingsgruppe können die Bewohner bis zu ihrem 18. Lebensjahr bzw. bei fehlender Werkstattfähigkeit bis zum 27. Lebensjahr verbleiben.

Auch wird angestrebt, Behinderte in Pflegefamilien zu vermitteln.

Die Einrichtung wirkt sehr wohnlich, hell und freundlich. Das Freigelände bietet Raum für Außenaktivitäten und aufgrund der günstigen Lage am Rande der Stadt sind Erweiterungsmöglichkeiten gegeben. Die personelle Ausstattung entspricht sowohl qualitativ als auch quantitativ den Erfordernissen einer 1:3 Betreuung, wobei in Einzelfällen auch eine 1:1 Betreuung notwendig ist. Ganz offensichtlich leisten die Mitarbeiter eine gute fachliche Arbeit, so dass sich die Bewohner der Einrichtung sehr geborgen fühlen.

**2. Heilpädagogisches Wohnheim - Lebenshilfe Halle e. V.**

Besuch am 12.05.1999

Die Atmosphäre in diesem Heim für Schwerstbehinderte ist sehr angenehm und getragen vom Gefühl des „sich Wohlfühlens“ der Bewohner sowie von der geschmackvollen und liebevollen Raumausstattung. Die Einrichtung besteht seit 1995 als Wohnheim für Erwachsene mit schwerer geistiger und Mehrfachbehinderung und verfügt über 48 Plätze. Bewohnt wird das Haus von ehemaligen Patienten einer Psychiatrischen Pflegestation eines Altenheimes und Patienten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ein Personenkreis, der als nicht schulbildungs- und förderungsfähig galt. Für jeden Bewohner gibt es ein individuelles Förderprogramm, es werden aber auch gruppenübergreifende Angebote vorgehalten. Im Mittelpunkt der Arbeit steht dabei die Lebensbegleitung nach dem Normalisierungsprinzip. Durch das große Engagement und die hohe Flexibilität sind die Mitarbeiter in der Lage, den hohen Anforderungen gerecht zu werden. Dabei weist die Konzeption nach, wie effektiv und erfolgreich mit geistig und körperlich Schwerstbehinderten gearbeitet werden kann.

Ein weiterer positiver Aspekt ist in der wissenschaftlichen Begleitung der hier geleisteten Arbeit durch ein entsprechendes Forschungsprojekt der Martin-Luther-Universität zu sehen.

**3. Betreuungszentrum Gerbstedt, Mansfelder Land**

Besuch am 07.07.1999

Die Einrichtung in Gerbstedt ist eine historisch gewachsene Mischeinrichtung, in der neben Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI auch bis zu 28 Behinderte im Rahmen der Eingliederungshilfe in einem separaten Bereich des Heimes betreut werden können.

Bei dem Gebäude handelt es sich um einen 1993/94 entstandenen Neubau, wobei Raumgröße und Ausstattungsmerkmale der Heimmindestbauverordnung entsprechen.

Die Ein- und Zweibettzimmer besitzen einen eigenen modernen Sanitärtrakt, zudem ist ein behindertengerechtes Gemeinschaftsbad vorhanden. Insgesamt können die räumlichen Gegebenheiten als sehr gut und ansprechend beurteilt werden.

Die personelle Besetzung erscheint als nicht ausreichend, so sind zwei Stellen momentan nicht besetzt, wobei sich die Einrichtung nach eigenen Angaben seit längerer Zeit um eine Heilerziehungspflegerin bemüht. Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur des Personals überwiegen die pflegerischen Ausbildungen.

Nach Meinung der Besuchskommission orientiert sich die Konzeption der Einrichtung an einer versorgenden Betreuung und berücksichtigt nicht ausreichend die individuellen Bedürfnislagen der Menschen mit Behinderungen. Das Anliegen der Eingliederungshilfe, wie es im § 39 BSHG definiert ist, wird im Betreuungsalltag nur unzureichend umgesetzt und entspricht nicht dem derzeitigen Stand der fachlichen Diskussion in der Behindertenarbeit. Die Besuchskommission stellt die Mischeinrichtung als solche nicht grundsätzlich in Frage, vielmehr geht es im konkreten Fall darum, eine individuelle Förderung der behinderten Menschen zu gewährleisten, so dass letztendlich auch eine klare Abgrenzung zwischen Pflege und Eingliederung sichtbar wird. Des Weiteren bestand bei den Mitgliedern der Besuchskommission der Eindruck, dass einige Menschen, die in Gerbstedt in einem Wohnheim für geistig- und mehrfachbehinderte Menschen (ehemals Langzeiteinrichtung) wohnen, besser in einem Wohnheim an der Werkstatt für Behinderte untergebracht wären. Im Interesse der Menschen mit Behinderung sollten daher die Grundanerkennnisse dementsprechend überprüft werden. Auch wenn die räumliche und materielle Ausstattung des Wohnbereiches nahezu optimal ist und die Mitarbeiter sich in ihrer Arbeit bemühen, kann im gegebenen Fall nicht von einer sach- und fachgerechten modernen Behindertenarbeit gesprochen werden.

**4. Abteilung für Neurologie und Psychiatrie sowie die Tagesklinik für Psychiatrie des Klinikums Mansfelder Land in Großörner**  
Besuch am 07.07.1999

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie kann ihren Auftrag für die Grund- und Vollversorgung für die Kreise Mansfelder Land und Sangerhausen bedingt durch die baulichen Verhältnisse und die räumliche Enge (bis zu Sieben-Bett-Zimmer, fehlende Therapieräume etc.) nur unzureichend erfüllen. Ferner erschweren die dezentrale Lage und die fehlende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel den Vollversorgungsauftrag.

Sowohl Patienten als auch einweisende Ärzte akzeptieren die gegebenen Umstände nicht mehr, dies führt zur Abwanderung der Patienten in benachbarte Einrichtungen. Damit ist eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung nicht mehr gegeben.

Der Standort und die Klinik sind dadurch nicht attraktiv und haben damit auch eine ärztliche Unterversorgung zur Folge. Drei Planstellen sind zurzeit nicht besetzt.

Eine Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens für den Neubau und eine räumliche Auflockerung für die Übergangszeit durch Umbau bisher nicht genutzter Räume (z. B. der ehemaligen Küche) am jetzigen Standort sind dringend erforderlich.

**5. Heilpädagogische Einrichtung „Gänseblümchen“ in Wippra**  
Besuch am 13.09.1999

Nach Umzug der Pflegefamilie in eine neu umgebaute ehemalige Kindereinrichtung mit viel Freifläche und Garten finden die behinderten Kinder des Pflegenestes „Gänseblümchen“ nahezu ideale räumliche Bedingungen vor. Durch die aktive Einbindung in das soziale Umfeld findet eine gute Integration der behinderten kleinen Bewohner statt. Das neue Haus strahlt eine liebevolle Atmosphäre aus und macht den Eindruck, dass sich seine Bewohner in ihm sehr wohl fühlen werden.

Seit dem letzten Besuch konnte bei den Kindern eine sehr positive Entwicklung festgestellt werden.

**6. Betreuungszentrum Lettewitz, Saalkreis**  
Besuch am 20.10.1999

Das Altenpflegeheim wurde 1995 neu erbaut und hält zurzeit 84 Betten vor, die voll ausgelastet sind. Die Einrichtung ist in drei Wohnbereiche und einen Therapiebereich gegliedert. Die Zimmer sind behindertengerecht, hell, freundlich und modern ausgestattet. Im Pflege- und Betreuungsbereich wird zu 58 % Fachpersonal vorgehalten. Dabei erfolgt eine allgemeine Förderung aller Heimbewohner gleichermaßen, ohne dass eine spezielle Konzeption für den Bereich Gerontopsychiatrie vorliegt.

Durch öffentliche Veranstaltungen, wie z. B. Seniorentreffen, bemüht sich der Träger auch um eine Außenwirkung des Hauses.

**7. „Haus am Petersberg“, Altenpflegeheim der Volkssolidarität in Kaltenmark, Saalkreis, Besuch am 20.10.1999**

Das Heim ist günstig an der Hauptstraße und doch etwas außerhalb von Kaltenmark gelegen. Die Heimbewohner werden in drei Wohnbereichen betreut, wobei im Wohnbereich I Menschen zusammenleben, die sich schlecht integrieren lassen. Ein zusätzlicher begleitender Dienst, der von Heim finanziert wird, entlastet das Pflegepersonal und gewährt eine zusätzliche Betreuung durch Gespräche, Spiele und Gymnastik besonders für Bewohner aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie. Fördermaßnahmen sind aus umfangreicher Dokumentation ersichtlich.

Die Weiterbildung der Mitarbeiter erfolgt auch durch die Altenpflegeschule Halle/ Neustadt. Der Kontakt soll ausgebaut werden.

Die Räume für die Heimbewohner sind großzügig, mit Nasszellen, gebaut. Es gibt breite Flure und Türen. Auf jedem Flur sind zusätzlich Aufenthaltsräume in Form von Nischen vorhanden, die zunehmend durch das Begleitpersonal als „Oasen“ gestaltet werden.

Die Bezahlung erfolgt ausschließlich nach den Richtlinien der Pflegeversicherungen. Es gibt keine Sondervergütung für die zusätzliche Betreuung im Bereich der Gerontopsychiatrie. Bei der Sicherung der fachärztlichen Versorgung gibt es zeitweise Probleme durch die Budgetdeckung des behandelnden Arztes. Hier sind weitere Kooperationen anzubahnen. Ca. 50% der Heimbewohner haben einen juristischen Betreuer.

## **8. RPK gGmbH - Maßnahme „Ambulante berufliche Rehabilitation für seelisch Behinderte“ Halle**

Besuch am 03.11.1999

Diese Maßnahme hat sich im Zeitraum ihres Bestehens bewährt und deren Notwendigkeit eindeutig bestätigt. Zwischenzeitlich konnten 24 ambulante Plätze geschaffen werden, wobei der Bedarf jedoch wesentlich höher ist als die zurzeit vorhandenen Möglichkeiten. Ab April 2000 steht auch ein angegliederter Wohnbereich mit vorerst acht Plätzen in der Innenstadt von Halle zur Verfügung. Damit wird es möglich sein, Rehabilitanden aus ganz Sachsen-Anhalt zu betreuen. Auch im Bereich der medizinischen Begleitung sind erste Fortschritte zu verzeichnen. Mit einem Psychiater der Stadt Halle soll eine vertragliche Vereinbarung getroffen werden, um eine medizinische Betreuung der Rehabilitation zu ermöglichen.

Nach wie vor sind die Krankenkassen jedoch nicht bereit, die medizinische Rehabilitation einer vollständigen RPK zu tragen. Unabhängig davon besteht eine gute Zusammenarbeit mit der LVA, BfA und dem Arbeitsamt, die gemeinsam mit den Berufsgenossenschaften Kostenträger sind.

Die Gesamtkonzeption einer beruflichen und medizinischen Rehabilitation darf nicht aus den Augen verloren werden, denn die oben beschriebenen Fortschritte sind nur erste Ansätze dafür und können keinesfalls eine letztendlich befriedigende Lösung darstellen.

## **9. S.T.A.R.T.- Integrationsfirma TSE gG zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker mbH Halle**

Besuch am 03.11.1999

Die Integrationsfirma stellt einen wesentlichen Bestandteil in der psychologischen Versorgungsstruktur im Bezug auf die erforderliche Rehabilitation Behinderter der Stadt Halle dar. Dabei ist die Konzeption der Einrichtung richtungsweisend für die Eingliederung und Integration psychisch Kranker aber auch anders behinderter Menschen in den beruflichen Alltag. Ziel ist die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Die materielle und personelle Ausstattung der Integrationsfirma entspricht den Anforderungen der verschiedenen vorgehaltenen Arbeitsbereiche (z.B. Kantine, Catering, Partyservice, Reinigungsdienst, Büro, Verwaltung). Die Finanzierung erfolgt über verschiedene Fördermittel, wobei ca. 15 Kostenträger darin eingebunden sind. Des Weiteren sind die erwirtschafteten Leistungen eine wichtige Finanzierungsgrundlage. Problematisch gestaltet sich bisweilen die Auftragslage. Die verbalen Bekenntnisse verschiedenster „Gremien“ zur TSE reichen nicht aus, vielmehr müsste darüber nachgedacht werden, inwieweit z. B. bei einer beschränkten Ausschreibung von Leistungen die TSE im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten mit einbezogen werden kann.

Hier käme auch der Stadt Halle und anderen öffentlichen Einrichtungen eine besondere Verantwortung zu. Eine Erweiterung der Auftragslage der TSE könnte zu neuen Arbeitsplätzen führen und damit die Belange der sozial benachteiligten Bürger unterstützen helfen (gegenwärtig kommen auf 38 vorgehaltene Arbeitsplätze 262 Bewerber). Dies wäre eine wichtige Voraussetzung für eine langfristige effiziente Etablierung einer solchen Integrationsfirma.

**10. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Halle**  
Besuch am 19.01.2000

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) der Stadt Halle wird in jeder Hinsicht seinem Versorgungsauftrag gerecht. Die enge kooperative Verbundenheit mit der MLU Halle in Person des ärztlichen Leiters lässt den SpDi hier eine Vorreiterrolle als größte Stadt Sachsens-Anhalts einnehmen, wobei sich praktische und wissenschaftliche Arbeit im Interesse der Betroffenen verbinden lässt. Auch wenn noch keine längerfristigen praktischen Erfahrungen vorliegen, kann erwartet werden, dass hier eine leistungsfördernde Zusammenarbeit zustande kommen wird. Auf Grund der guten personellen Besetzung wird eine qualifizierte und differenzierte Arbeit geleistet.

Durch die Schaffung der weiteren Außenstellen in der Silberhöhe können Leistungen noch bürgernäher, eingebettet in die weiteren Dienste der Stadt, angeboten werden.

Ein weiterer guter Ausgangspunkt ist die Zielstellung, die Zusammenarbeit zur Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jugendamt wieder zu intensivieren.

Es wird deutlich, dass der SpDi der Stadt Halle als wichtiges Bindeglied der einzelnen Bereiche der psychiatrischen Versorgungsstruktur seinen Aufgaben voll gerecht wird.

**11. Psychosozialer Dienst (PSD) - Kinder- und Jugendpsychiatrie am Jugendamt der Stadt Halle**  
Besuch am 19.01.2000

Die Einrichtung vermittelte der Besuchskommission den Eindruck, dass den Kindern und Jugendlichen und deren Angehörigen eine qualifizierte psychologische, psychotherapeutische und sozialpädagogische Hilfe angeboten wird.

Infolge der guten Personalausstattung mit einem hohen Qualitätsniveau konnte eine inhaltliche Spezialisierung in der betreuenden Arbeit erfolgen sowie die Vernetzung und Kooperation des PSD mit anderen Einrichtungen und Diensten aufgebaut werden.

Entsprechend der Aufgabenstellung des Jugendamtes kann der PSD verständlicherweise nicht das ganze Spektrum eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes allein wahrnehmen. Vielmehr muss er als Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe gesehen werden. Umso notwendiger ist die enge Zusammenarbeit mit anderen Diensten (z.B. SpDi) mit der PSAG, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen und den niedergelassenen Therapeuten.

Kritisch wurde vom Jugendamt nochmals darauf aufmerksam gemacht, dass bis zum heutigen Zeitpunkt keine geschlossene stationäre Unterbringung von psychisch kranken sowie seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen in Halle möglich ist.

**12. Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Diakoniekrankenhauses Halle**  
Besuch am 02.02.2000

Die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Diakoniekrankenhauses Halle nimmt einen wichtigen Stellenwert weit über das Einzugsgebiet der Stadt Halle hinaus ein.

So kommen ca. je 30% der Patienten aus Sachsen und Sachsen-Anhalt, der übrige Anteil überwiegend aus den neuen Bundesländern sowie ca. 5% aus den alten Bundesländern.

Die Therapiekonzepte und deren Umsetzung erscheinen beispielgebend. Maßgeblich dafür ist der hohe fachliche Standard der hier tätigen Mitarbeiter.

Bedingt dadurch und durch die hohe Motivation der Mitarbeiter lassen sich auch einige Mängel bezüglich der äußeren Bedingungen weitestgehend kompensieren, zumal auch in diesem Bereich durch Renovierungsarbeiten deutliche Verbesserungen erreicht wurden.

Die geplante grundlegende Modernisierung würde den Stellenwert der Klinik zukünftig noch weiter aufwerten und die Patientenzufriedenheit vergrößern.



**13. Psychosoziale Tagesklinik des Diakoniekrankenhauses Halle**  
Besuch am 02.02.2000

Die Psychosoziale Tagesklinik, die im Mai dieses Jahres ihr 15-jähriges Bestehen feiert, stellt einen wesentlichen Baustein in der psychotherapeutischen Versorgung der Stadt Halle, des Saalkreises und anliegender Landkreise dar. Bemerkenswert sind die große Flexibilität und leichte Zugänglichkeit dieser Einrichtung, wodurch in der Regel die Hemmschwelle für die Patienten herabgesetzt wird.

Die Besuchskommission konnte sich davon überzeugen, dass hier eine fachlich fundierte und engagierte Arbeit von allen Beteiligten geleistet wird. Dabei sind die personellen und räumlichen Bedingungen für eine adäquate Therapie recht gut. In sinnvoller Weise ergänzen sich die Behandlungsangebote der Tagesklinik mit der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik. Bemerkenswert ist auch das Prinzip der Nachbetreuung, das wesentlicher Bestandteil des Betreuungskonzeptes ist. Die primären Bedingungen für solch eine Nachbetreuung sind in Halle relativ gut (TSE, RPK, Selbsthilfegruppen u. a.)

Zur Sicherstellung dieser Nachbetreuung hat sich der „Psychosoziale Förderverein e. V.“ gegründet. Seine Existenz wird aber auch zukünftig auf finanzielle Unterstützung angewiesen sein. Nur so lässt sich eine nahtlose Nachbetreuung der Patienten letztendlich gewährleisten.

Die Sozialleistungsträger sollten sich im Klaren sein, dass ohne diese Möglichkeit erheblich höhere Folgekosten durch Rückfall in die Krankheit, stationäre Behandlung u. ä. vorprogrammiert sind.

**14. Evangelische Stadtmission Halle, Ambulante Suchtberatungsstelle**  
Besuch am 08.03.2000

Den Mitgliedern der Besuchskommission wurde ein Überblick über die Arbeit der Drogenberatungsstelle der evangelischen Stadtmission vermittelt. Dabei wurde der Stellenwert dieser Beratungsstelle für „legale“ Drogen bei immer steigender Zahl drogenabhängiger Menschen recht deutlich. Neben der Versorgung der Stadt Halle ist diese Drogenberatungsstelle auch für den Saalkreis zuständig.

Nach Ansicht der Besuchskommission ist die Beratungsstelle mit gut qualifizierten und hoch motivierten Mitarbeitern besetzt, die Angebote sind vielseitig und werden durch verschiedene Selbsthilfegruppen, Sportgruppen u. ä. begleitet.

Von den fünf Mitarbeitern ist eine Mitarbeiterin zu 50 % in den Halleschen Haftanstalten tätig, um hier Drogenarbeit durchzuführen. Auch wenn für das laufende Jahr die Finanzierung gesichert scheint, bleibt die Unsicherheit, wie es zukünftig weitergehen soll. Langfristige Finanzierungszusagen durch das Ministerium der Justiz und das Gesundheitsministerium sind für eine effektive und kontinuierliche Arbeit dringend erforderlich.

Besonders hervorzuheben war das bis September 1999 bestehende Angebot der ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Da die verantwortlichen Kostenträger (wie Rentenversicherung, Krankenversicherung) bisher zu keiner Finanzierung bereit waren, konnte diese Maßnahme nicht aufrechterhalten werden. Aus Sicht der Besuchskommission müssten hier dringend Wege der Finanzierung gefunden werden, um dieses ehemalige ambulante Angebot zu einem festen Bestandteil der Drogenarbeit werden zu lassen, da viele Patienten aus beruflichen bzw. familiären Gründen oft nicht in der Lage sind, eine stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Auch spricht die hohe Erfolgsquote der bisher durchgeführten ambulanten Rehabilitation für das fachliche und persönliche Engagement der Mitarbeiter.

**15. Integrierte Suchtberatungsstelle der Arbeiterwohlfahrt, KV Halle**  
Besuch am 08.03.2000

Die übergreifende Koordination und die Zusammenarbeit der drei Beratungsstellen: DROBS, Evangelische Stadtmission, Beratungsstelle der AWO sowie der Psychiatrie-Koordinatorin und der Drogenbeauftragten bzw. dem Sozialpsychiatrischen Dienst sind als sehr positiv zu bewerten.

Die Mitarbeiter wiesen noch einmal auf die zahlreichen Beratungskontakte hin und auf die erfolgreiche Mundpropaganda und den Bekanntheitsgrad der Einrichtung.

Das Beratungsangebot im Bereich der legalen und illegalen Drogen reicht dabei von einer kurzfristigen Krisenintervention über eine psychosoziale Begleitung bis hin zum ambulant betreuten Wohnen. Zurzeit werden im betreuten Wohnen 30 Klienten betreut, wobei der Betreuungsschlüssel von 1:12 verständliche Probleme bereitet.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass die Mitarbeiter der Beratungsstelle eine sehr engagierte und umsichtige Arbeit leisten, wodurch auch diese Einrichtung ihren festen Stellenwert in der Stadt Halle hat.

Abschließend kann festgestellt werden, dass alle drei Drogenberatungsstellen der Stadt Halle ihren Versorgungsauftrag erfüllen und ihre unbedingte Existenzberechtigung durch die tägliche Arbeit nachweisen.

**16. Tagesstätte für seelisch Behinderte, Bürgerladen e. V., Halle-Neustadt**  
Besuch am 05.04.2000

Die Tagesstätte für seelisch Behinderte ist integriert in die Beratungsstelle- und Begegnungsstätte „Bürgerladen e. V.“. Aufgrund der räumlichen Nähe können die Angebote des „Bürgerladen e. V.“ für die Beschäftigung mitgenutzt werden, so dass ein sehr vielfältiges Angebot unterbreitet werden kann.

Sie stellt einen wichtigen Baustein im Rahmen der gemeindenahen Versorgung dar, als einzige Einrichtung ihrer Art in Halle-Neustadt.

Es werden tages- und wochenstrukturierende Angebote für Menschen mit seelischen und psychischen Störungen unterbreitet, orientiert an den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Tagesgäste. Die Einrichtung wird derzeit von neun Tagesgästen besucht, bei einer Kapazität von zwölf Plätzen. Weiterer Bedarf ist jedoch vorhanden.

Die erforderliche Betreuung wird oft von Betroffenen nicht angenommen, wenn eine eigene Finanzierung (Selbstzahler gemäß BSHG) erfolgen muss.

Das Problem der Ungleichbehandlung zwischen körperlich und psychisch Kranken (hier Höhe des Selbstbehaltes von nur 4.500,00 DM) stellt sich zum wiederholten Mal auch in dieser Einrichtung als Problem dar. Der Gesetzgeber sollte sich dieser Problematik nicht verschließen, Handlungsbedarf wird gesehen.

Die Zielsetzung der Einrichtung ist es, den Betroffenen wieder Freude am Leben zu vermitteln, ihnen zu ermöglichen, eigene Stärken und Reserven wiederzuentdecken und zu lernen, mit Ängsten und Problemen umzugehen. Diese Aufgabe wird durch die äußerst engagierten Mitarbeiter in hervorragender Art und Weise gemeistert. Dass sich die Tagesgäste wohl fühlen und mit Eifer und Freude ihren Tätigkeiten nachgehen, war offenkundig. Die Tagesstätte bietet insgesamt gute Möglichkeiten und Voraussetzungen der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung der Betroffenen ins tägliche Leben innerhalb ihres gewohnten Lebensraumes.

## **Bericht der Besuchscommission 6**

Vorsitzender Dipl. Psych. Johannes Pabel, Stellv. Vorsitzender Prof. Dr. Helmut F. Späte

Im Berichtszeitraum sind die Besuche in den vier Landkreisen wieder unterschiedlich verteilt. Einen Überblick über die Versorgungssituation versuchte sich die Besuchscommission im Landkreis Sangerhausen durch ein Informationsgespräch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu verschaffen. Im Landkreis Merseburg-Querfurt steht dies noch aus.

### **Besuche im Landkreis Sangerhausen**

#### **1. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Sangerhausen**

Besuch am 14.03.2000

Der Sozialpsychiatrische Dienst Sangerhausen legte eine differenzierte Dokumentation seiner Tätigkeit vor. Durch den Umzug in ein anderes Gebäude in Nähe des Landratsamtes haben sich die Arbeitsbedingungen deutlich verbessert.

Bei dem Besuch wird gleichzeitig die Situation der psychiatrischen Versorgung im Landkreis diskutiert. Besonders zu würdigen ist die Gründung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft auf Initiative des Amtsarztes.

Die stationäre psychiatrische Versorgung wird von den Kliniken der angrenzenden Landkreise abgedeckt, insbesondere auch durch das Kreiskrankenhaus Nordhausen in Thüringen (von hier findet auch die nervenfachärztliche Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes statt).

Die ambulante Versorgung wird hauptsächlich durch eine niedergelassene Nervenärztin getragen. Auch durch eine zeitlich geringfügige Teilermächtigung eines weiteren Facharztes für Neurologie und Psychiatrie erscheint der Bedarf noch nicht gedeckt. Auch die psychotherapeutische Versorgung ist noch nicht gewährleistet.

Versorgungsprobleme werden benannt, z.B. die Wartelisten bestimmter Pflegeheime, die unter der Argumentation der Pflegestufen eine Ausgrenzung der "unbequemen" psychisch Kranken pflegebedürftigen Personen betreiben. Ebenso wird Flexibilität der geschützten Werkstätten gegenüber psychisch Kranken angemahnt ("Flucht aus den Werkstätten").

Betreutes Wohnen ist im Landkreis noch nicht etabliert, obwohl der Bedarf besteht. Ebenso wird eine Integrationsfirma als wünschenswert angesehen.

#### **2. Sozialtherapeutisches Wohnheim „Zum Waldblick“ Rottleberode**

**Kontext gGmbH**

Besuch am 07.07.1999

Es darf darauf hingewiesen werden, dass es sich beim Wohnheim "Zum Waldblick" um eine kurzfristige Übergangslösung handelt, die aber einen wichtigen Aufgabenbereich bis zum Umzug in die ständigen Räume in Sotterhausen insofern erfüllt, als hier im „Waldblick“ bereits die Arbeitsweise des Teams geübt werden kann und sich Bewohner und therapeutische Mitarbeiter einspielen können.

Diese Einrichtung für 30 seelisch behinderte Menschen infolge Sucht ist insgesamt freundlich und wohnlich, die Zimmergrößen für die Bewohner sind angemessen, die Sanitäreinrichtungen ausreichend. In den Werkstätten finden sich breit gefächerte Therapieangebote, die von den Bewohnern gern angenommen werden. Neben der engagierten Leitung des Wohnheimes macht auch das therapeutische Team einen ausgesprochen engagierten Eindruck. Zweimal pro Woche findet eine Teamauswertung mit Fallsupervision statt.

Als ärztlicher Ansprechpartner fungiert der Leiter der Fachklinik Sotterhausen. Einmal wöchentlich findet weiterhin eine Allgemeinärztliche Sprechstunde im Heim statt. Das Wohnheim mit seinen Bewohnern ist auch gut in die Gemeinde integriert, und es bestehen keine Gleichgültigkeiten oder gar Feindseligkeiten von Seiten der Einwohner.

**3. Wohnheim für Alkoholranke „Am Harzgarten“ Stolberg, Projekt 3 e.V.**  
Besuch am 07.07.1999

Das Haus „Harzgarten“ wird seit November 1998 betrieben. Es werden Abhängigkeitskranke in einem sozialpädagogischen Wohnheim betreut. Der Bedarf an weiteren Plätzen wird vom Träger und der Besuchskommission gesehen. Die Einrichtung befindet sich in der Phase des personellen Zusammenwachsens. Der weitere Teamaufbau und die Strukturierung der Betreuungsaufgaben erscheinen weiterhin erforderlich.

Am Beispiel eines schwerstkranken Bewohners wurde den Mitarbeitern als generelle praktikable Vorgehensweise empfohlen, im Rahmen des Betreuungsrechts eine stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung zu erwirken (Diagnostik, Therapieoptimierung der psych. Dekompensation) und ggf. Leistungen der Pflegeversicherung zu beantragen. Im konkreten Falle besteht für den Bewohner vermutlich langfristiger Betreuungsbedarf in einem psychiatrischen Pflegeheim.

In der Diskussion wurde weiterhin die ambulante psychiatrische Betreuung der Bewohner angesprochen und der bereits für den Landkreis beschriebene Engpass in der ambulanten nervenfachärztlichen und psychotherapeutischen Betreuung nochmals kritisch vermerkt.

An das Amtsgericht Sangerhausen sowie an die Betreuungsvereine im Landkreis wird durch die Kommission die Bitte und Empfehlung unbürokratischer Vorgehensweisen sowie kooperativer Zusammenarbeit, auch zum Schutz der Bewohner, herangetragen.

**4. Fachklinik „Am Kyffhäuser“ Sotterhausen**  
**SYSTEM Marketing u. Dienstleistungs-GmbH**  
Besuch am 05.10.1999

Der Fachklinik „Am Kyffhäuser“ kann eine erfolgreiche Fortsetzung ihrer Arbeit in der Suchtkrankenversorgung bescheinigt werden. Die Einrichtung besitzt nicht nur für den Landkreis Sangerhausen, sondern auch für weitere Gebiete Sachsens-Anhalts Bedeutung.

Die in den vergangenen Jahren hinzugekommenen therapeutischen Angebote zur Festigung der bereits erreichten Behandlungsergebnisse für Suchtkranke, wie zusätzliche Erfahrungswochenenden, verdienen eine besondere Würdigung.

Die Zusammenarbeit mit den weiterbetreuenden Institutionen wird als gut eingeschätzt.

Beeindruckend ist das Informationsmaterial für die Patienten und auch die begleitende Forschungsarbeit zur Evaluation im Hause.

Die vorgesehene Erweiterung der Einrichtung hinsichtlich der Betreuung jugendlicher Suchtkranker lässt zur Zeit noch einige Fragen offen, z.B. auch hinsichtlich der Altersspanne, sollte jedoch nach Vorlage einer entsprechenden Konzeption durch den Psychiatrieausschuss mit großem Interesse verfolgt werden.

**5. Wohnheim für seelisch Behinderte „Untere Haselmühle“ Schwenda**  
**Pflege- und Behinderteneinrichtungen Funk GmbH**  
Besuch am 14.03.2000

Das Wohnheim wird von der Kommission als wichtige Einrichtung im vorhandenen Betreuungsnetz der Landkreise Sangerhausen und Mansfelder Land eingeschätzt.

In den letzten Jahren wurde viel Kraft investiert, um die Sanierung des Gebäudes abzuschließen. Nach der Eröffnung der Partnereinrichtung in Sittendorf wurde die Platzkapazität um einen Platz auf 19 Plätze reduziert.

Die Sanierung der Nasszellen und die Ausstattung der Einzel-, Doppel- und Dreibettzimmer mit neuen Möbeln erfolgte unter Beteiligung der Bewohner.

Unter der engagierten, kompetenten Leitung des Hauses hat sich ein fester Personalstamm herausgebildet. Entsprechende Weiterbildungen für die Mitarbeiter wurden in den letzten Jahren realisiert.

Differenzierte Förderpläne für die einzelnen Bewohner zeugen vom individuellen Herangehen an die subjektiven Stärken und Schwächen der einzelnen Bewohner.

Probewohnen (bis zu drei Monaten) sind ebenso möglich wie ein Auszug aus der Einrichtung, wenn dies nötig erscheint.

Der größte Teil der Bewohner ist seit Eröffnung der Einrichtung in Schwenda. Für einzelne Bewohner wird die Möglichkeit des betreuten Wohnens als Perspektive angestrebt.

Die ärztliche Versorgung ist gut. Enge Beziehungen bestehen sowohl zu niedergelassenen Ärzten als auch zu Krankenhäusern des territorialen Umfeldes.

Die Zahl notwendiger Krankenhausaufenthalte ist in den letzten Jahren durch die sachkundige Betreuung erheblich zurückgegangen.

## **Besuche im Landkreis Merseburg-Querfurt**

### **6. Wohnheim an WfB "Haus am Hügel" Leuna, Lebenshilfe e.V. Merseburg**

Besuch am 02.06.1999

Das Wohnheim an WfB "Haus am Hügel" Leuna wird von der Besuchscommission sehr positiv eingeschätzt. In ruhiger Lage wurde durch durchdachte Sanierung eine Einrichtung geschaffen, die eine wichtige Stellung in der Versorgungsstruktur des Landkreises hat.

Das Engagement der Leiterin und aller Mitarbeiter fordern Respekt.

Eine kooperative Zusammenarbeit mit allen verantwortlichen Stellen trug zum Erfolg bei.

Die vorhandenen Räumlichkeiten wurden in ihrem Bestand gut erhalten und geschmackvoll und mit individueller Note der Bewohner eingerichtet und ausgestaltet.

Im Heim ist eine positive Kommunikationskultur zwischen Mitarbeitern und Bewohnern, aber auch unter den Bewohnern spürbar. Es wurde sichtbar, dass der Heimbeirat eine wichtige Rolle einnimmt.

Die Bewohner gaben in Gesprächen eine insgesamt positive Resonanz.

Eine eventuelle Ausgliederung einzelner Bewohner in eine Außenwohnung sollte zielstrebig verfolgt werden. Im Heim in Leuna wäre damit eine Kapazitätserweiterung denkbar, die von allen am Besuch Beteiligten aber nicht problematisch gesehen wird.

### **7. Wohnheim an WfB "Am Schieferhof" Obhausen, Volkssolidarität Verwaltungs-gGmbH Sachsen-Anhalt**

Besuch am 02.06.1999

Die Besuchscommission fand ein gepflegtes und wohnliches Haus vor. Das Wohnheim an WfB ist sauber und zweckmäßig eingerichtet. Besonders fiel auf, dass es sich insgesamt um äußerst engagierte und qualifizierte Mitarbeiter handelte. Auch das Verhältnis zwischen den Verwaltungskräften und dem Team erschien sehr günstig.

Die Betroffenen sind mit ihrer Umgebung sehr zufrieden. Individuelle Bedürfnisse der Bewohner sind, auch in der Einrichtung der Zimmer, berücksichtigt. Die Integration in die Dorfgemeinschaft ist gut gelungen.

Folgende Kritikpunkte werden seitens der Einrichtung genannt: Unbefriedigend sei die Versorgung bezüglich der SMH. Für den Bereich Querfurt gebe es nur ein Fahrzeug, so dass Wartezeiten von 1 ½ Stunden nicht auszuschließen seien. Der Personalschlüssel von 1:3,2 sei unbefriedigend. Der therapeutische Geist der Mitarbeiter wurde gewürdigt, Supervision (bisher nicht realisiert) als förderliche Maßnahme empfohlen.

**8. Altenpflegeheim "Kleeblatt" Merseburg, Curanum Kleeblatt GmbH**  
Besuch am 09.11.1999

Es handelt sich um ein neues Altenpflegeheim (Eröffnung Januar 1995) mit einer interessanten architektonischen Gestaltung und rational perfektionistisch durchdachter Gliederung. Dieser Perfektionismus macht es auch cerebral weniger gestörten Besuchern schwer, sich zurechtzufinden („Kleeblatt“, „Ebenen“, „Bereiche“, „Straßen“ und „Plätze“).

Das Heim ist sauber und zweckmäßig eingerichtet. Die Integration in das umgebende Milieu ist gut gelungen. Anerkennenswert sind die vielfältigen Angebote für die Bewohner, mit denen die "drei S" (sauber, satt, still) durchbrochen werden.

Die Idee, ein spezielles Gedächtnistraining und spezielle tagesstrukturierende Maßnahmen für leicht demente Bewohner anzubieten, findet Anerkennung. Es kann jedoch nicht die Rede davon sein, dass gerontopsychiatrisch gestörte Bewohner betreut werden können. Diese kommen in psychiatrische Kliniken oder werden in andere Heime verlegt.

Um den Anspruch einer gerontopsychiatrischen Betreuung zu erfüllen, müssten eine räumliche Profilierung und eine personelle Qualifizierung erfolgen.

**9. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg, Besuch am 11.01.2000**

Die Behandlungskapazität umfasst zum Besuchszeitpunkt 26 vollstationäre und neun tagesklinische Plätze. Nach Übergabe des zweiten Bauabschnittes steht der Klinik nun zusätzlich ein außerordentlich schönes Gebäude mit großzügigem Raumbestand zur Verfügung, das in die Nutzung einer Ambulanz und einer Tagesklinik genommen worden ist.

Das systemisch geprägte Behandlungskonzept ist weitergeführt worden und findet auch im tagesklinischen und ambulanten Teil Anwendung.

Räumliche und technische Arbeitsvoraussetzungen sind mit großem Engagement geschaffen worden und bedürfen noch einer weiteren Integration in die therapeutische Arbeit, die personellen Bedingungen scheinen gut. Arbeitsmängel sind nicht erkennbar.

**10. WfB und Wohnheim, Stiftung „Samariterherberge“ Horburg**  
Besuch am: 8.2.00

Die insgesamt sehr großzügige Anlage mit 180 Werkstattplätzen und 68 Wohnheimplätzen, mit einem breiten Angebot an Arbeitsfeldern im Werkstattbereich und wohnlichem Charakter im Wohnheimbereich blickt auf eine lange Tradition und Erfahrung zurück.

Der konzeptionell verankerte Anspruch auf Erhalt und Ausbau der Fertigkeiten und auf Werterfahrung durch Arbeit sowie Tages- und Lebensstruktur ist im Werkstattbereich umgesetzt. Die Selbstvertretung der Werkstattmitarbeiter ist durch den Werkstatttrat gegeben.

Das modernisierte Wohnheim bietet den Bewohnern ein behagliches Zuhause, mit zum Teil individuell gestalteten Ein- und Zweibettzimmern. Die Wohngruppen von bis zu acht Bewohnern sind um familienähnliche Strukturen bemüht. Dabei wird dem Anspruch nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung weitestgehend Rechnung getragen. Eine Selbstvertretung der Bewohner und Angehörigen nimmt auch hier Einfluss auf die allgemeine Entwicklung.

Entsprechend des individuellen Freiheitsgrades besteht die Möglichkeit, in vier Außenwohnplätze umzuziehen.

Die medizinische Versorgung erfolgt durch vertraglich gebundene Fachärzte, welche ihre Sprechstunde in die "Samariterherberge" verlegen.

Besonders erwähnenswert ist der Umstand, dass Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen gut in das Werkstattgefüge integriert werden konnten. Es wurden Tätigkeitsfelder gefunden, die den individuellen Besonderheiten hinreichend entsprechen und der Gesamtkonstellation dienlich sind. Aus Sicht des Trägers ist die "Installation" einer

separaten Gruppe für Menschen mit seelischen Behinderungen nicht zwingend erforderlich. Diese Position können die Mitglieder der Besuchskommission an Hand der gegebenen Beispiele gut nachvollziehen. Es bleibt zweifelhaft, ob solche Gruppen in einer WfB den Bedürfnissen dieser Personengruppe entsprechen können, wenn sie nicht, wie im Fall der „Samariterherberge“, historisch gewachsen sind.

Die Besuchskommissionsmitglieder haben insgesamt einen positiven Eindruck in der Einrichtung gewonnen.

## **Besuche im Burgenlandkreis**

### **11. Wohnheim für Menschen mit Suchterkrankungen Naumburg, DRK Kreisverband Naumburg/Nebra e.V. Besuch am 14.12.1999**

Nach dem Erstbesuch im Januar 1998 richtete sich das Interesse der Besuchskommission nunmehr stärker auf den Fortgang des geplanten Neubaus in Eckartsberga und den Umzug der Einrichtung dorthin. Der Bewilligungsbescheid für den Neubau liegt vor, die Fertigstellung soll bis 2001 erfolgen. Angestrebt werden 35 Wohnheimplätze und 20 Plätze für ein Übergangsheim. Ein Objekt in Eckartsberga wird bereits unter Einbeziehung von Bewohnern („Beschäftigungsgruppe“) hergerichtet. Geplant ist weiterhin eine Außenwohngruppe, wofür in Naumburg geeignete Objekte erkundet werden. Wegen der Verzögerungen des Bauvorhabens bestehen anhaltend beengte räumliche Bedingungen. Aus diesem Grunde und durch Irritationen, denen sich die Einrichtung in der Außenwirkung ausgesetzt sah, erscheint die Betreuungssituation deutlich angespannt. Die Neustrukturierung einschließlich räumlicher Verbesserungen ist daher dringend wünschenswert.

### **12. Wohnstätte Kleinjena, Wohnheim an WfB, Lebenshilfe e.V. KV Naumburg Besuch am 14.12.1999**

Bei dem neu errichteten Wohnheim an der Werkstatt für Behinderte in Kleinjena handelt es sich um eine ansprechende Einrichtung, die räumlich großzügig ist, gleichzeitig aber durch die begrenzte Zahl der Bewohner (32) überschaubar geblieben ist. Die individuell eingerichteten Zimmer sind aufgeräumt, sauber, aber nicht steril. Sie vermitteln das anheimelnde Gefühl des Wohnlichen.

Das, was den ersten Eindruck der Einrichtung ausmacht, setzt sich in der Kommunikation der Betreuer und der Bewohner untereinander fort. Die engagierten Mitarbeiter verbreiten eine wohlthuende Ruhe, die die Grundlage zu einem harmonischen Miteinander von Beschäftigten und Bewohnern des Heimes ist.

Für diese vorbildliche Gestaltung des partnerschaftlichen Prinzips in der Betreuung geistig Behinderter gebührt sowohl den im Heim tätigen Kollegen als auch dem Träger Anerkennung.

### **13. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut Naumburg und Laucha Besuch am 17.03.2000**

Der außerordentliche Besuch war kurzfristig und dringend erforderlich geworden. Er fand unter Beteiligung des stellvertretenden Vorsitzenden des Psychiatrieausschusses, Herrn Dr. Rehbein, statt. Anlass war die Tatsache, dass der Träger des Kreiskrankenhauses entgegen dem ursprünglichen Beschluss die Priorität der Nutzung des zu erstellenden Bettenhausneubaus zugunsten der Inneren Klinik abgeändert hat. Dies hat die zeitweilige Auslagerung von Klinikbereichen in das ehemalige (zurzeit nicht mehr genutzte)

Krankenhaus Laucha zur Folge. Damit entstanden Befürchtungen, dass aus der Übergangs- und Notlösung Laucha eine Dauerlösung werden könnte.

Die Kommission verschaffte sich vor Ort einen Eindruck von dem zur Nutzung durch die Psychiatrische Klinik vorgesehenen Gebäude in Laucha, in dem bereits die hierfür notwendigen Sanierungsmaßnahmen stattfinden.

Bei einem auswertenden Gespräch wurde seitens der Krankenhausleitung der vorübergehende Charakter der Entscheidung betont und die Bereitschaft zum Ausdruck gebracht, bei Beibehaltung des Standortes Friedensstraße für die Psychiatrische Klinik einen Teil des zu errichtenden Neubaus schon „psychiatriegerecht“ fertig zu stellen und der anderen Fachrichtung so lange zur Verfügung zu stellen, bis die Zielplanung des Krankenhauses Kapazitäten für das in den Räumen der Psychiatrie vorübergehend befindliche Fach bereitstellen kann.

Seitens des Trägers war aus terminlichen Gründen leider kein Vertreter anwesend.

Die Besuchskommission empfahl der Leitung der Psychiatrischen Klinik, unter Berücksichtigung der gegebenen Zusagen den Vorschlag der Krankenhausleitung zu akzeptieren und mit dem zeitweiligen Betreiben von Laucha zwar einen - wenn auch vorübergehenden, so doch deutlichen Rückschritt in der Betreuungsqualität psychisch Kranker hinzunehmen und sich mit voller Kraft auf die künftige Verwirklichung der psychiatrischen Betreuung am Hauptstandort in Naumburg zu konzentrieren.

## **Besuche im Landkreis Weißenfels**

### **14. Sucht- und Drogenberatungsstelle, DRK-KV Weißenfels e.V. Weißenfels**

Besuch am 08.02.2000

Die Beratungsstelle ist räumlich gut etabliert, im Stadtzentrum gelegen und gut erreichbar.

Für die Kommission entstand der Eindruck, dass sich die Mitarbeiterinnen sehr engagieren, jedoch von der Fülle der Aufgaben einfach überschwemmt werden. In Weißenfels arbeiten zwei niedergelassene Psychiater, die als Ansprechpartner fungieren. Es fehlt jedoch das für die Weiterbetreuung notwendige komplementäre Hinterland.

Als Klinik steht die Psychiatrische Abteilung im Kreiskrankenhaus Naumburg zur Verfügung. Es gibt kein Wohnheim, kein Übergangswohnheim, kein Betreutes Wohnen für Suchtkranke. Eine Planung, wie sich die Suchtkrankenversorgung in Weißenfels entwickeln soll, besteht nicht. Es wird auf die Armut des Landkreises verwiesen. Aber gerade diese fördert ja den Anstieg süchtigen Verhaltens.

### **15. Wohnheim an WfB Prittitz, Integra GmbH Weißenfelser Land Besuch am 14.03.2000**

Die Wohneinrichtung, neu errichtet und seit Mitte 1999 in Nutzung, entspricht in jeglicher Hinsicht modernsten Anforderungen. Beeindruckend sind die großzügige Gestaltung des Gebäudes und die Innenausstattung bei Wahrung individueller Bedürfnisse und Ansprüche der Bewohner. Die 40 Bewohner (vier Wohngruppen zu zehn Personen) sind in der Gemeinde akzeptiert und integriert. Der Heimbeirat arbeitet selbständig und wird einbezogen.

Die Arbeit der gesetzlichen Betreuer ist gut eingebunden und teilweise noch ausbaufähig. Die Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden wird gepflegt.

Das Wohnheim ist ausgelastet. Der Bedarf ist nach Aussage des Trägers höher. Bevor eine Erweiterung des Heimes geplant wird, sollte der Träger die Einrichtung eines Betreuten Wohnen als ambulante Alternative in Erwägung ziehen.



## **2. Erfahrungsbericht: „Wie ich persönlich den Ausbruch und Verlauf einer schizo-affektiven Psychose bei meiner Tochter erlebte“**

Frau Silvia Scholz, Teicha

Ein Bericht über persönliche Erfahrungen, meine Verzweiflung und Ohnmacht über fehlende Hilfeleistungen bei ambulanter Behandlung, die Schwierigkeiten mit den Behörden und den Kampf um ein finanzielles Existenzminimum, aber auch aufkeimende Hoffnung bei der einzigen ambulanten, aber so wirkungsvollen Hilfe der Begegnungsstätten für psychisch Kranke.

Irgendwann im Jahre 1994 brach die Krankheit erstmalig furchtbar, unfassbar und zerstörerisch in das Leben meiner Tochter herein. Sie war gerade 22 Jahre alt. Depression und Halluzinationen ließen meine Tochter verstummen.

Teilweise wurde von verschiedenen Ärzten Hilfe mit Medikamenten gegeben und wieder genommen. Es wurden viele Diagnosen gestellt, aber niemals die Diagnose einer Psychose. Nach der Ablehnung einer Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik war der Leidensdruck meiner Tochter so groß, dass wir den Sprung vom Balkon nur in letzter Minute verhindern konnten. Eine Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus erschien mir eine kleine Hoffnung in meiner Ratlosigkeit und Verzweiflung. Dort blieb sie sehr lange, damalige Entlassungsdiagnose: Endogene Depression. Dieser erste Ausbruch der Psychose dauerte ungefähr zweieinhalb Jahre.

Nach fast vollständiger Remission begann sie im März 1998 in einer Integrationsfirma für psychisch Behinderte (TSE) in Halle als Mitarbeiterin im kaufmännisch-verwaltenden Bereich zu arbeiten. Wir hatten auch endlich eine gute Psychiaterin gefunden, die die ambulante Betreuung hervorragend meistert und bis heute das volle Vertrauen meiner Tochter hat. Leider war meine Tochter der Belastung in der Integrationsfirma noch nicht gewachsen. Die Nerven waren bald total überreizt, Halluzinationen traten auf. Ab Juli/ August 1998 lebte sie bereits in einer anderen Welt, die ich nicht mehr sehen konnte. Sie war nicht mehr arbeitsfähig.

Zu dieser Zeit war ich froh, dass die LVA eine stationäre Heilbehandlung als medizinische Leistung zur Rehabilitation in Flechtingen anordnete. Im September 1997 wurde bereits ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt; nach Abschluss des Heilverfahrens sollte über den Rentenantrag entschieden werden. Der Aufenthalt dort dauerte sieben Wochen. Nach der Entlassung aus der Klinik hoffte ich auf Besserung des Gesundheitszustandes meiner Tochter, aber sie war kaum noch ansprechbar, total überreizt, rannte durch die Wohnung und räumte alles eigenartig um. In kurzen Gesprächen, die möglich waren, erzählte sie mir von „unglaublichen“ Erlebnissen in der Klinik. Meine Tochter hatte die ganze Heilbehandlung in einer anderen Welt erlebt. Waren denn in dieser Klinik keine Fachärzte, dass man bei Kurentlassung eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben festlegte, obwohl dies absolut nicht mehr möglich war?

Es wurde immer schlimmer, sie war schwer krank und die AOK nahm die Krankenscheine entgegen, aber zahlte kein Krankengeld. Eine Information darüber erhielt meine Tochter nicht! Erst nach Einreichen einer Dienstaufsichtsbeschwerde wurde entschieden, dass Krankengeld gezahlt werden muss. Total verunsichert und verzweifelt suchte ich die behandelnde Psychiaterin auf. Nach der Kurentlassung waren nun sechs Wochen vergangen, aber die behandelnde Ärztin hatte noch keinen Kurentlassungsbericht erhalten.

Die Ärztin handelte sofort, telefonierte mit der Klinik in Flechtingen, und ich nahm auf ihr Anraten Urlaub, um bei meiner Tochter zu bleiben. Das war aber nicht mehr möglich. Sie empfand mich als störend, hatte Wesen in ihrer Wohnung, die ich nicht sehen konnte und deren Anweisungen sie befolgen musste, der Kühlschrank war leer und Medikamente nahm sie nicht mehr ein. Die Hausgemeinschaft verfasste gerade eine Beschwerde wegen nächtlicher Ruhestörung. Rechnungen wurden nicht mehr bezahlt. Die Wohnung war ein Schlachtfeld, das Weihnachtsfest 1998 nahte.

Ich suchte Hilfe beim sozialpsychiatrischen Dienst. Die Sozialarbeiterin vermittelte sofort ein Gespräch mit der zuständigen Psychiaterin. Eine Zwangseinweisung in die Klinik sollte möglichst vermieden werden. Im Januar 1999 konnte unsere Ärztin meine Tochter dazu bringen, freiwillig eine psychiatrische Klinik aufzusuchen. Ich war erleichtert. Endlich erfolgte eine zielgerichtete Behandlung mit Medikamenten. Als die Nerven im Krankenhaus etwas zur Ruhe kamen, gesellte sich zu diesem schizophrenen Zustand noch eine sehr starke Depression. Die Depression wurde trotz Behandlung unerträglich. Eine gleichaltrige befreundete Mitpatientin konnte ihre Depressionen nicht mehr ertragen und legte sich vor die S-Bahn.

Meine Tochter hatte ähnliche Gedanken, sie hörte einfach auf zu essen. Am vierten Tag ohne Nahrungsaufnahme sollte sie künstlich ernährt werden. Behutsam versuchte ich ihren Lebenswillen zu wecken und Wärme in ihre tote Seele zu bringen. Mit letzter Kraft flehte sie mich an: „Bitte hol mich nach Hause. Hier halte ich es nicht mehr aus“. Im Krankenhaus lagen sechs Patienten in einem Zimmer eng nebeneinander. Die so wichtige Rückzugsmöglichkeit für die Patienten fehlte und das Angebot im Krankenhaus, die Patienten nicht nur aufzubewahren, sondern ihnen Beschäftigung anzubieten, war leider noch sehr unzureichend. So erfolgte nach drei Monaten stationärer Behandlung die Entlassung auf eigenen Wunsch unter der Diagnose: „Schizo-affektive Psychose“.

Sie war noch immer schwer krank, ich nahm meinen Jahresurlaub zur Betreuung meiner Tochter. Wie zum Hohn kam nun, im März 1999, die Ablehnung des Rentenanspruchs. Ich ging in Widerspruch. Zu Hause ging es meiner Tochter etwas besser, sie fing an zu essen und die vertraute Umgebung gab ihr die Möglichkeit, sich etwas zu beschäftigen. Entscheidend war auch die gute Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Psychiaterin.

Ich erkannte, wie wichtig das psychosoziale Umfeld für psychisch kranke Menschen ist. Nur wer die Krankheit kennt, kann verstehen und gezielt helfen. Leider gibt es eine Aufklärung der Angehörigen oder eine Zusammenarbeit mit ihnen und den Ärzten noch nicht. Langsam wurde meiner Tochter bewusst, dass sie über viele Monate Erlebnisse hatte, die nicht real sind. Diese Zeit des „Erwachens“ ist für die Patienten grausam. Der weitere Verlauf der Krankheit war gezeichnet durch Schwankungen, mal mehr depressiver, mal mehr schizophrener Art. Die Belastbarkeit ist bis heute sehr gering, sie ist ein Pflegefall.

Über die Zeitung „Irrgarten“ erfuhr ich von den Begegnungszentren für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wenn es die Krankheit erlaubt, versucht sie dort hinzugehen. Die einzige sehr wirkungsvolle Hilfe, die wir erfahren haben, ist die Begegnungsstätte „Labyrinth“ in Halle-Neustadt. Oft muss sie nach einem kurzen Besuch im „Labyrinth“ wieder in ihre Wohnung flüchten, gehetzt und verzweifelt wieder in die Isolation, die Belastbarkeit ist zu gering.

Gerade hier sind die zwei Sozialpädagogen in dieser Begegnungsstätte unbezahlbar. Ich habe keine Menschen erlebt, die besser mit psychisch kranken Menschen umgehen können. Diese Begegnungsstätte ist für meine Tochter eine Anlaufstelle, um aus der Isolation herauszufinden. Sie gibt ihr Kraft, gegen ihre Krankheit anzukämpfen, und etwas Lebensfreude. In schlechten Krankheitsphasen ist sie ein Hoffnungsschimmer. Ich habe erlebt, wie viele kranke Menschen im „Labyrinth“ wieder Lebensmut gefunden haben und sich auch gegenseitig helfen. Für sie alle wäre die Lebensgrundlage entzogen, wenn diese mit Liebe aufgebaute Einrichtung dem Sparzwang zum Opfer fallen würde. In dieser Begegnungsstätte geht man neue Wege, man versucht z. B. auch durch kleine Arbeitsangebote den jungen Menschen den langen, aber nicht hoffnungslosen Weg zurück in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Leider fiel die Theatergruppe im Jahr 2000 dem Sparzwang zum Opfer.

Ich weiß, dass Psychosen meist einen guten Verlauf haben, wenn das psychosoziale Umfeld es den Patienten erlaubt, zu genesen. Dazu gehört auch die finanzielle Absicherung der Existenz, im schweren Krankheitsfall wäre das die Erwerbsunfähigkeitsrente. Aber der positive Bescheid der Erwerbsunfähigkeitsrente kam im November 1999 wie ein Fluch über meine Tochter: Die Rente beträgt 395,33 DM monatlich, erste Zahlung ab Dezember 1999.

Bis Oktober 1999 erhielt meine Tochter monatlich 998,10 DM Krankengeld; sie hat kein anderes Einkommen. Ab Rentenbescheid wurde die Krankengeldzahlung sofort gestoppt, und Sozialhilfeforschuss wird erst ab Antragstellung gewährt.

Nach dem Widerspruch kam es zu einer Anhörung auf dem Sozialamt. Hier wurde mir erklärt, dass laut Gesetz meinem Widerspruch nicht statt gegeben werden kann, da die letzte Krankengeldzahlung Ende Oktober auf das Konto meiner Tochter gebucht wurde. Laut Gesetz dürfe das Sozialamt nicht recherchieren, und die Hilfe in besonderen Lebenslagen greife auch nicht, wenn der schwer kranke Mensch dadurch unschuldig in Not gerät, hier wäre erst eine Gesetzesänderung nötig. Ich sage: Hier ist eine Gesetzesänderung unbedingt nötig!

Durch Nichtabstimmung der Behörden (LVA, AOK und Sozialamt) und eine Gesetzeslücke blieb meine Tochter unverschuldet zwei Monate ohne Einkommen.

Am 15.12.99 erhielt meine Tochter endlich rückwirkend vom Datum der Antragstellung an Sozialhilfeforschuss. Trotz intensiver Bemühungen war eine schnellere Bearbeitung des Antrages vom 05.11.99 durch das Sozialamt nicht möglich. Damit nicht genug, am 04.11.99 kam ein Schreiben von der AOK: „Mit Einstellen der Krankengeldzahlung endet Ihre Pflichtversicherung in der Krankenkasse“. Somit hatte man sie aus der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeworfen. Begründung der AOK nach Anruf: „Bei einer so geringfügigen Rente sind laut Gesetz die Bedingungen für eine Pflichtversicherung in der AOK nicht mehr erfüllt“. Eine genaue Erklärung konnte nicht abgegeben werden, das war alles. Ich sage: So etwas ist beschämend, hier muss das Gesetz unbedingt geändert werden! Sie ist nun freiwillig versichert.

Warum gibt man psychisch kranken Menschen Erwerbsunfähigkeitsrenten, von denen sie nicht leben können? Ich fordere eine Grundrente für schwer psychisch kranke Menschen und auch mit Rentenbeginn die Weiterführung der Pflichtversicherung in der Krankenkasse. Der Übergang von der Krankengeldzahlung zur Rentenzahlung muss finanziell nahtlos erfolgen. Gerade schwer psychisch kranke Menschen sind nicht in der Lage, einen Rentenbescheid zu überleben, wo die finanzielle Notlage schon vorprogrammiert ist. Ein kranker Mensch, der allein ist, würde untergehen und ich denke, jeder von uns kann erkranken. Psychosen können in jedem Lebensalter ausbrechen.

Das Jahr 2000 beginnt. Nach Arzt- und Facharztbesuchen werde ich nun psychosomatisch behandelt. Der Arzt sagt: Überlastung! Ich suche Hilfe für meine Tochter und stelle einen Antrag bei der AOK auf Pflegestufe 1. Die AOK schickt einen Gutachter, um darüber zu entscheiden. Er sagt: „Eigentlich bin ich hier falsch am Platz. Was ist eigentlich eine Psychose? Wissen Sie, ich bin von Haus aus Chirurg, früher hat man über so etwas nicht gesprochen“. Trotzdem wird der Antrag abgelehnt, wie ist so etwas möglich?

Leider greift die Pflegeversicherung nur bei körperlichen Erkrankungen. Die psychischen Erkrankungen wurden vom Gesetzgeber in der Pflegeversicherung nicht bedacht. Dabei sind gerade Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis schwerste Erkrankungen und die Menschen werden zum Pflegefall. Bei suffizienter Hilfeleistung im ambulanten Bereich haben diese Krankheiten aber meist gute Verläufe.

Wenigstens drei Stunden pro Woche Haushaltshilfe wurde vom Sozialamt genehmigt. Ich werde einen Antrag auf betreutes Einzelwohnen stellen. Es ist die einzige Hilfe für psychisch kranke Menschen, aber ich weiß, die zuständigen fünf Sozialarbeiter (mit nur je einer dreiviertel Arbeitsstelle) für ganz Halle sind damit vollkommen überlastet.

Ich weiß nicht, wie es weitergeht, aber meine Tochter muss die Möglichkeit haben, mit suffizienter Hilfe, selbstbestimmt in ihrer Wohnung zu leben. Nur so hat sie eine Chance auf einen guten Krankheitsverlauf. Die Begegnungsstätte „Labyrinth“ ist dabei das Tor zur Außenwelt, hier werden erhalten gebliebene Fähigkeiten gefördert. Warum hat so eine Einrichtung, die so viel Positives bewirkt, nicht täglich geöffnet? Vier Tage in der Woche sind einfach zu wenig! Hier wird am falschen Platz gespart! Durch diese Begegnungsstätte hatte meine Tochter die Kraft und den Mut, ohne einen erneuten Krankenhausaufenthalt eine

Krise zu überwinden. Gibt man Menschen die Möglichkeit, ihrer Krankheit zu entkommen, ist es nicht nur humaner, sondern auch billiger als teure Krankenhausplätze zu bezahlen oder die Unterbringung in Heimen.

Ich bewundere die innere Kraft vieler noch junger Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, ihren Kampf nach einem langen Leidensweg, und ich habe Hoffnung für sie. Möge ihnen in Zukunft die Hilfe gewährt werden, die sie so dringend benötigen und möge man ihnen die beschämenden Schwierigkeiten und Existenznöte ersparen, mit denen ich im Namen meiner Tochter zu kämpfen hatte.

Teicha, den 05.03.2000

### **3. Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und seiner regionalen Besuchskommissionen**

Auf Grund veränderter beruflicher oder persönlicher Bedingungen baten vier Mitwirkende aus dem Ausschuss und den Besuchskommissionen (BK) um ihre Entpflichtung aus dem Ehrenamt.

Es wurden abberufen

- Frau Gabriele Haberland, Haldensleben,
- Frau Annegret Hoffmann, Magdeburg,
- Frau Marita Lange, Richterin am Amtsgericht Halle-Saale,
- Herr Dr. med. Torsten Freitag, Stendal.

Ihnen gebührt der Dank des Ausschusses und der Kommissionen für die geleistete Arbeit im gemeinsamen Engagement für die Belange der psychisch Kranken, seelisch und geistig behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt.

Entsprechend der Verordnung über den Ausschuss konnten die Ministerin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, Frau Dr. Gerlinde Kuppe, und in ihrem Auftrag der Präsident des Landesamtes für Versorgung und Soziales, Herr Knut Lehmann, folgende Umberufungen und Berufungen vornehmen:

Umberufung:

- Herrn VPrLSG Erhard Grell, Halle, zum stellvertretenden Mitglied des Ausschusses,
- Frau Frances Höfflin, zum Mitglied der BK 2,
- Frau Anne Schmidt, zum Mitglied der BK 6.

Berufung:

- Frau Ines Bachmann, Magdeburg, zum stellvertretenden Mitglied der BK 2,
- Frau Sabine Dirlich, MdL, Fraktion der PDS, zum stellvertretenden Mitglied des Ausschusses,
- Herrn Kai-Lars Geppert, Halle, zum stellvertretenden Mitglied der BK 6,
- Frau Dr. med. Claudia Glöckner, Jerichow, zum stellvertretenden Mitglied der BK 1,
- Frau Brunhilde Liebrecht, MdL, Fraktion der CDU, zum stellvertretenden Mitglied des Ausschusses,
- Herrn Tobias Lösch, Magdeburg, zum stellvertretenden Mitglied der BK 1,
- Herrn Dr. med. Nikolaus Särchen, Wittenberg, zum stellvertretenden Mitglied der BK 4
- Herrn Manfred Stephan, MdL, Fraktion der SPD, zum stellvertretenden Mitglied des Ausschusses.

Der Ausschussvorstand dankt auch in diesem Jahr wieder allen aktiven Mitwirkenden, die im Ausschuss und in den Kommissionen durch die gemeinsame Aufgabe verbunden sind und mit ungebrochenem Engagement und Verantwortungsbewusstsein beharrlich und unbeeindruckt von objektiven Schwierigkeiten und subjektiven Widerständen für die Durchsetzung der gesetzlich verbrieften Rechte und Interessen der psychisch Kranken und Behinderten eintreten.

### 3.1. Mitglieder und Stellvertreter des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

#### Mitglied

##### Vorsitzender

**Herr Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker**  
Chefarzt der Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie  
am KKH Naumburg

##### Stellvertretender Vorsitzender

**Herr Dr. med. Dietrich Rehbein**  
Facharzt für Psychiatrie/Neurologie  
Amtsarzt Gesundheitsamt Quedlinburg

##### **Herr Dr. med. Alwin Fürle**

Ärztl. Direktor d. FKH Bernburg/SALUS gGmbH  
FKH für Psychiatrie, Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und Neurologie

##### **Frau Dr. med. Ute Hausmann**

Chefärztin der Abt. Kinder- und  
Jugendpsychiatrie St. Barbara-KH Halle

##### **Frau Susanne Rabsch**

Sozialarbeiterin im Sozialpsych. Dienst  
am Gesundheitsamt Wernigerode

##### **Frau Dr. Christel Conrad**

Fachpsychologin der Medizin  
Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und  
Psychosomatik, OvG-Uni Magdeburg

##### **Frau Angelika Vater**

Richterin am Amtsgericht Eisleben

##### **Frau Gabriele Isensee**

z.Z. Richterin Oberlandesgericht Naumburg

##### **Herr Dr. Jörg Kriewitz**

Richter am Landgericht Dessau

##### **Herr Abgeordneter Dr. Uwe Nehler**

Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt  
Fraktion der SPD

##### **Frau Abgeordnete Gerda Krause**

Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt  
Fraktion des PDS

##### **Herr Abg. Prof. Dr. Wolfgang Böhmer**

Vizepräsident des Landtags Sachsen-Anhalt  
Fraktion der CDU

#### Stellvertretendes Mitglied

##### **Herr Prof. Dr. med. Bernhard Bogerts**

Direktor der Klinik für Psychiatrie/ Psychotherapie  
und Psychosomatik  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

##### **Frau MR Dr. med. Ilse Schneider**

Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie  
Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes  
Gesundheitsamt Magdeburg

##### **Frau Dr. med. Christiane Keitel**

Fachreferatsleiterin Psychiatrie  
Medizinischen Dienst  
der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt

##### **Frau Dr. med. Ulrike Feyler**

Chefärztin der Suchtklinik und Klinik für  
Forensische Psychiatrie am LKH Bernburg

##### **Frau Andrea Ristenbieter**

Sozialarbeiterin im Sozialpsych. Dienst  
am Gesundheitsamt Halberstadt

##### **Herr Prof. Dr. Heinz Hennig**

Fachpsychologe der Medizin  
Direktor des Institutes für Medizinische  
Psychologie d. MLU Halle-Wittenberg

##### **Herr Sven Ludwig**

Richter am Landgericht Stendal

##### **Herr Ulf Witassek**

z.Z. Richter Oberlandesgericht Naumburg

##### **Herr Vizepräsident Erhard Grell**

Landessozialgericht Sachsen-Anhalt

##### **Herr Abgeordneter Manfred Stephan**

Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt  
Fraktion der SPD

##### **Frau Abgeordnete Sabine Dirlich**

Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt  
Fraktion der PDS

##### **Frau Abgeordnete Brunhilde Liebrecht**

Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt  
Fraktion der CDU

**3.2. Mitglieder und Stellv. Mitglieder der regionalen Besuchskommissionen**

Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
<b>Besuchskommission 1</b>	
<p><b><u>Vorsitzende der Kommission</u></b>  Frau MR Dr. med. Ilse <b>Schneider</b>  FÄ für Psychiatrie und Neurologie  Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am  Gesundheitsamt Magdeburg</p>	<p>Herr Dr. med. Bernd <b>Hahndorf</b>  ChA der Klinik für Allgemeine Psychiatrie  Fachkrankenhaus Uchtspringe</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende</u></b>  Frau Dr. rer.nat. Christel <b>Conrad</b>  Fachpsychologin der Medizin  Klinik für Psychiatrie der Otto-von-Guericke-  Universität Magdeburg</p>	<p>Herr Uwe <b>Kleinschmidt</b>  Arzt für Allgemeinmedizin/Psychotherapeut  Beratender Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung  Sachsen-Anhalt Magdeburg</p>
<p>Herr Sven <b>Ludwig</b>  Vorsitzender Richter am Landgericht Stendal</p>	<p>Herr Konrad <b>Bastobbe</b>  Vorsitzender Richter am Landgericht Magdeburg</p>
<p>Frau Gerda <b>Krause</b>  Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt  Fraktion der PDS, Magdeburg</p>	<p>Frau Dr. med. Claudia <b>Glöckner</b>  Fachärztin für Psychiatrie am Fachkrankenhaus  Psychiatrie/Neurologie Jerichow</p>
<p>Frau Ute <b>Griesenbeck</b>  Abteilungsleiterin Diakonisches Werk in der  Kirchenprovinz Sachsen e.V. Magdeburg</p>	<p>Herr Tobias <b>Lösch</b>  Sozialpädagoge, Bereichsleiter  Übergangswohnheim für seelisch Behinderte „Der  Weg“ e.V. Magdeburg</p>
<b>Besuchskommission 2</b>	
<p><b><u>Vorsitzender der Kommission</u></b>  Herr Dr. med. Alwin <b>Fürle</b>  FA für Neurologie und Psychiatrie  Ärztl. Direktor des FKH für Psychiatrie, Kinder-  und Jugendpsychiatrie u. Neurologie Bernburg</p>	<p>Herr MR Dr. med. Volkmar <b>Lischka</b>  FA für Neurologie und Psychiatrie  Ärztl. Direktor des FKH für Psychiatrie, Kinder- u.  Jugendpsychiatrie u. Neurologie Uchtspringe</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende</u></b>  Frau Roswitha <b>Schumann</b>  Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin  Betreutes Wohnen, Stadtmission Magdeburg</p>	<p>Frau Andrea <b>Ristenbieter</b>  Sozialarbeiterin  Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  Halberstadt</p>
<p>Frau Gabriele <b>Isensee</b>  Richterin am Amtsgericht Magdeburg</p>	<p>Herr Thomas <b>Klumpp-Nichelmann</b>  Richter am Amtsgericht Dessau</p>
<p>Frau Annegret <b>Hoffmann</b>  Sozialarbeiterin  Kirchliche Beratungsstelle Magdeburg</p>	<p>Frau Frances <b>Höfflin</b>  Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Klinik für  Psychiatrie der Otto-von-Guericke-Universität  Magdeburg</p>
<p>Frau Sabine <b>Dirlich</b>  Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt  Fraktion der PDS, Magdeburg</p>	<p>Frau Hannelore <b>Bode</b>  Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialpsychiatrischer  Dienst am Gesundheitsamt Magdeburg</p>

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
<b>Besuchskommission 3</b>	
<p><b><u>Vorsitzender der Kommission</u></b> Herr Dr. med. Dietrich <b>Rehbein</b> FA für Neurologie und Psychiatrie Amtsarzt Gesundheitsamt Quedlinburg</p>	<p>Herr Prof. Dr. Bernhard <b>Bogerts</b> Direktor der Psychiatrischen Klinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende</u></b> Frau Birgit <b>Garlipp</b> Leiterin der Beratungs- und Geschäftsstelle der Lebenshilfe Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg</p>	<p>Frau Evelin <b>Nitsch</b> Fachreferentin Gefährdetenhilfe/ Soziale Psychiatrie, DPWV Sachsen-Anhalt, Magdeburg</p>
<p>Herr Mario <b>Gottfried</b> Richter am Amtsgericht Halle-Saalkreis</p>	<p>Herr Erhard <b>Grell</b> Vizepräsident Landessozialgericht, Halle</p>
<p>Frau Dagmar <b>Brinker</b> Sozialarbeiterin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Anhalt Zerbst-Roßlau</p>	<p>Frau Ute <b>Schinzel</b> Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Leiterin der Betreuungsbehörde am Gesundheitsamt Quedlinburg</p>
<p>Herr Manfred <b>Stephan</b>, Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der SPD, Magdeburg</p>	<p>Herr Detlef <b>Meinert</b> Sozialpädagoge JVA Dessau</p>
<b>Besuchskommission 4</b>	
<p><b><u>Vorsitzende der Kommission</u></b> Frau Susanne <b>Rabsch</b> Sozialarbeiterin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Wernigerode</p>	<p>Herr Klaus-Dieter <b>Böhnke</b> Diplom-Psychologe Kinderhäuser MITTeNDRiN Emmeringen/Oschersleben</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzender</u></b> Herr Dr. med. Meinulf <b>Kurtz</b> FA für Neurologie und Psychiatrie ChA d. Psychiatrischen Klinik Ballenstedt am Klinikum Quedlinburg</p>	<p>Herr Dr. med. Nikolaus <b>Särchen</b> FA für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie Ltd. Abt.-Arzt der Klinik für Psychiatrie/ Psychotherapie der Bosse-Klinik Wittenberg</p>
<p>Frau Martina <b>Klein</b> Oberstaatsanwältin Staatsanwaltschaft Magdeburg</p>	<p>Herr Rolf <b>Lutze</b> Richter Vizepräsident des Amtsgerichts Halle-Saalkreis</p>
<p>Frau Gundel <b>Giesecke</b> Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Cecilienstift Halberstadt, Wohnheim im Park</p>	<p>Frau Elke <b>Borchert</b> Diplom-Sozialarbeiterin, Leiterin Betreutes Wohnen und Tagesstätte für psychisch Kranke, AWO Halberstadt</p>
<p>Herr Dr. Uwe <b>Nehler</b> Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der SPD, Magdeburg</p>	<p>Herr Prof. Dr. Heinz <b>Hennig</b> Fachpsychologe der Medizin, Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</p>



Mitglieder	Stellv. Mitglieder
<b>Besuchskommission 5</b>	
<p><b><u>Vorsitzender der Kommission</u></b>  Herr Dr. Frank <b>Fernau</b>  FA für Allgemeinmedizin u. Öffentliches Gesundheitswesen  Amtsarzt, Gesundheitsamt Weißenfels</p>	<p>Frau Dr. med. Ulrike <b>Feyler</b>  ChÄ der Suchtklinik des FKH Bernburg und  ChÄ des LKH für Forensische Psychiatrie</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende</u></b>  Frau Angelika <b>Vater</b>  Richterin am Amtsgericht Eisleben</p>	<p>Herrn Ulf <b>Witassek</b>  Richter am Amtsgericht Bernburg  z.Z. Oberlandesgericht Naumburg</p>
<p>Frau Sylvia <b>Herrmann</b>  Diplom-Sozialpädagogin, Leiterin des  Betreuungsvereins Diak. Werk, Aschersleben</p>	<p>Frau Marion <b>Rehfeldt</b>  Diplom-Sozialpädagogin  Diakonie-Werkstätten Halberstadt</p>
<p>Frau Brunhilde <b>Liebrecht</b>  Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt  Fraktion der CDU, Magdeburg</p>	<p>Herr Hermann <b>Günther</b>  Diplom-Pädagoge, Heimbereichsleiter in „Schloss  Hoym“ e.V., Hoym</p>
<p>Frau Ilse <b>Hackert</b>  Fachkrankenschwester -  Gerontopsychiatrische Klinik des FKH Bernburg</p>	<p>Frau Claudia <b>Matzel</b>  Diplom-Sozialpädagogin  Leiterin der Tagesstätte für seelisch Behinderte/  psychisch Kranke d. Diakon. Werk Bernburg</p>
<b>Besuchskommission 6</b>	
<p><b><u>Vorsitzender der Kommission</u></b>  Herr Dipl.-Psych. Johannes <b>Pabel</b>  Fachpsychologe der Medizin  Leiter der Psychosozialen Tagesklinik  des Diakoniekrankenhauses Halle</p>	<p>Herr Kai-Lars <b>Geppert</b>  Sozialarbeiter, Wohnbereichsleiter Betreutes  Wohnen für seelisch Behinderte, Riebeck-Stiftung  Halle</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzender</u></b>  Herr Prof. Dr. med. habil. Helmut <b>Späte</b>  FA für Psychiatrie u. Neurologie - Klinische  Geriatric  Stellv. Ärztlicher Leiter des Psychiatrischen  Krankenhauses Halle</p>	<p>Frau Evelyne <b>Leipoldt</b>  Sozialarbeiterin  Naumburg</p>
<p>Frau Dr. med. Ute <b>Hausmann</b>  ChÄ der Kinder- und Jugendpsychiatrie  St. Barbara-Krankenhaus Halle</p>	<p>Herr Priv.-Doz. Dr. med. Helmut <b>Heinroth</b>  FA für Psychiatrie/Neurologie u. Sozialmedizin,  Amt. ChA Maßregelvollzug Uchtspringe</p>
<p>Frau Anne <b>Schmidt</b>  Richterin am Amtsgericht Merseburg</p>	<p>Herr Michael <b>Thiel</b>  Staatsanwalt  Staatsanwaltschaft Halle/ Zwgst. Naumburg</p>
<p>Frau Dr. med. Christiane <b>Keitel</b>  Fachreferatsleiterin Psychiatrie, Medizinischer  Dienst der Krankenversicherung LSA  Magdeburg</p>	<p>Herr Dr. Uwe <b>Salomon</b>  Fachberater Sekundär- u. Tertiärprävention  AOK Sachsen-Anhalt, Halle</p>